



**Luciana Isabel dos  
Santos Correia**

**Intervenção do Enfermeiro de Família  
na Adesão ao Regime Terapêutico no  
utente com Diabetes *Mellitus* tipo 2**

Family Nurse Intervention in the Adhesion to the Therapeutic  
Regimen in the patient with Diabetes *Mellitus* type 2



**Luciana Isabel dos Santos Correia** **Intervenção do Enfermeiro de Família na Adesão ao Regime Terapêutico no utente com Diabetes *Mellitus* tipo 2**

Family Nurse Intervention in Adhesion to the Therapeutic Regimen in the patient with Diabetes *Mellitus* type 2

Relatório de Estágio apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica do Doutor João Lindo Simões, Professor Adjunto da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Doutora Conceição Rainho, Professora Coordenadora da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Apoio financeiro do CENTRO 2020, da União Europeia através do Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional e da Fundação para a Ciência e a Tecnologia – Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Referência do projeto:  
SAICT-POL/23585/2016

Cofinanciado por:



Dedico este trabalho a todos aqueles com quem posso realmente contar nos momentos mais difíceis! À minha família e verdadeiros amigos.

## **O júri**

Presidente

**Professora Doutora Marília dos Santos Rua**

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Aveiro – Universidade de Aveiro

Arguente

**Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes**

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança

Orientador

**Professor Doutor João Filipe Lindo Simões (Orientador)**

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Aveiro - Universidade de Aveiro

## **Agradecimentos**

Dedico os meus especiais agradecimentos aos orientadores deste trabalho, Professor Doutor João Filipe Lindo Simões (orientador) e Doutora Conceição Rainho (coorientadora) por todo o apoio prestado ao longo deste percurso, bem como pela motivação para a sua concretização, em alturas em que tudo parecia de difícil resolução.

À Sr<sup>a</sup> Enfermeira Mónica Tavares, por ter permitido a operacionalização do meu estágio e pela ajuda prestada sempre que dela necessitei.

À Dr<sup>a</sup> Celine Mendes e Assistente Técnica Paula Costa por terem colaborado na minha recolha de dados, já que, parte dela, dependeu do seu trabalho e dedicação. Aos utentes e famílias que aceitaram participar no estudo pela disponibilidade demonstrada.

Aos colegas deste curso de mestrado, Miriam Trindade, Ana Martins e Cláudia Morujão pelo espírito de partilha e entreajuda que existiu ao longo deste tempo e especialmente à Sandra Marques pela amizade, entreajuda e palavras de incentivo partilhadas.

À minha colega de trabalho e amiga Carmo Martins igualmente pela amizade e suporte nas ausências ao serviço e por fim, mas mais importante ao meu marido, filho, família e verdadeiros amigos por lhes ter roubado muito do nosso tempo juntos e por terem que me apoiar em dias de maior cansaço. A todos muito obrigada.

**Palavras-chave**

Enfermagem Familiar, Educação em Saúde, Adesão à Medicação, Cooperação do Paciente, Autogestão, Diabetes *Mellitus* (DeCS<sup>1</sup>)

**Resumo**

No âmbito do 3º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar foi desenvolvido um estágio de natureza profissional na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Águeda V (ACeS Baixo Vouga), por se considerar ser o contexto de excelência para o exercício das competências do enfermeiro de família. Esta unidade funcional serviu de contexto à realização de um trabalho de investigação baseado na problemática da adesão ao regime terapêutico nos utentes com Diabetes *Mellitus* (DM) tipo 2. A natureza crónica da DM tipo 2, a necessidade vitalícia de medicamentos, a exigência de mudanças no estilo de vida, o sofrimento social, cultural e psicológico que lhe está inerente, as manifestações clínicas e as complicações associadas justificam a complexidade da gestão da mesma e aumentam o risco da não adesão. Conhecer o nível de adesão ao regime terapêutico do indivíduo é fundamental tanto para o planeamento de cuidados como para a adequação de estratégias na resolução de problemas.

Assim, este relatório descreve e analisa critico-reflexivamente as competências desenvolvidas, dificuldades e estratégias para as ultrapassar, bem como, apresenta os resultados do estudo de investigação sobre a avaliação do impacto da intervenção do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico dos utentes com DM tipo 2 seguidos na UCSP Águeda V.

Este estudo é de natureza quantitativa com aplicação de apenas um ciclo de investigação-ação, sendo que após um diagnóstico inicial, se implementou uma intervenção psicoeducativa de modo a verificar o seu efeito no nível de adesão ao regime terapêutico. Na avaliação foi utilizada a escala de Avaliação do Autocuidado na Diabetes (AAD), a Medida Psicométrica de Adesão aos Tratamentos (MPAT) e ainda, um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes em estudo.

A amostra foi constituída por 102 utentes com uma média de idades de 67,5 anos, maioritariamente do sexo masculino (56,9%), com o diagnóstico de DM tipo 2 entre 6 a 10 anos e predominantemente com hemoglobina glicada inferior ou igual a 7%. Os participantes mostraram maior nível médio de adesão na medicação e menor na atividade física. Após a implementação da intervenção psicoeducativa observaram-se diferenças estatisticamente significativas no nível médio de adesão em todas as atividades do autocuidado. No que se refere à proporção de indivíduos com mudança de classificação de “não aderente” para “aderente”, esta mostrou-se estatisticamente significativa apenas para a alimentação geral e em relação à medicação, nomeadamente nos aspetos relacionados com o esquecimento da toma e descuido das horas da mesma.

Com a realização do estágio, e integrado no seu desenvolvimento a concretização do trabalho de investigação foram desenvolvidas as competências esperadas e alcançados os objetivos delineados previamente. Conclui-se com o estudo que a intervenção desenvolvida foi relevante para a adesão ao regime terapêutico nos utentes com DM tipo 2.

---

<sup>1</sup> Descritores em Ciências da Saúde - <http://decs.bvs.br/>

**Keywords**

Family Nursing, Health Education, Medication Adherence, Patient Compliance, Self-Management, Diabetes Mellitus (DeCS<sup>2</sup>)

In the 3<sup>rd</sup> semester of the 2<sup>nd</sup> year of the Master in Family Health Nursing, a professional internship was developed in the Personalized Health Care Unit Agueda V (ACeS Baixo Vouga) once it is considered to be the context of excellence for a family nurse to exercise competencies. This functional unit was an appropriated context for conducting a research work based on the problem of adherence to the therapeutic regimen by patients with Diabetes Mellitus (DM) type 2. The chronic nature of DM type 2, the lifelong need for medication, the requirement for changes in the lifestyle, the social, cultural and psychological suffering inherent to it, the clinical manifestations and the associated complications justify the complexity of the treatment management and confirm the risk of non-adherence. To know the level of adherence to the therapeutic regimen by the individual is fundamental both for the planning of care and for the adaptation of strategies in problem solving.

Hence, this research work describes and analyses in a critical-reflectively way the developed competencies, the difficulties felt and the strategies to overcome them, as well as, it presents the research results about the evaluation of the impact of the family nurse intervention in the adherence to the therapeutic regimen by patients with DM type 2 monitored at the Personalized Health Care Unit Agueda V.

**Abstract**

This is a quantitative study with the application of only one cycle of the research-action methodology, and after an initial diagnosis, a psychoeducative intervention was implemented in order to verify its effect on the level of adherence to the therapeutic regimen. To evaluate it was used the Self-Care Diabetes Assessment and the Psychometric Measure of Adherence to Treatment, as well as a sociodemographic and clinical characterization questionnaire of the studied participants.

The sample was made up of 102 individuals being the average age of 67.5 years old, mainly males (56,9%), with DM type 2 diagnosed 6 to 10 years ago, mostly with less than or equal to 7% glycated haemoglobin. The patients showed a higher average level of medication adherence and lower physical activity. After the implementation of the psychoeducative intervention there were statistically significant differences in the average level of adherence in all self-care activities. Regarding the proportion of individuals with a change from "non-adherent" to "adherent" classification, this was statistically significant only for general nourishing and medication in aspects related to obliviousness and carelessness of the time of intake.

With the attainment of the internship, and because of its development the accomplishment of the research work, the expected competencies were developed and the objectives previously outlined were achieved. We can conclude with this study that the intervention developed was relevant for the adherence to the therapeutic regimen by the patients with DM type 2.

---

<sup>2</sup> Descritores em Ciências da Saúde - <http://decs.bvs.br/>

## **Abreviaturas e siglas**

AAD – Avaliação do Autocuidado em Diabetes  
ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde  
ADA – American Diabetes Association  
ARS – Administração Regional de Saúde  
CIE – Conselho Internacional de Enfermagem  
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CSIG – Classificação Social e Internacional de Graffar  
DCCTRG – Diabetes Control and Complications Trial Research Group  
DGS – Direção Geral de Saúde  
DM – Diabetes Mellitus  
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados  
ERS – Entidade Reguladora da Saúde  
ESF – Enfermagem de Saúde Familiar  
ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro  
HgA1c – Hemoglobina Glicada  
HTA – Hipertensão Arterial  
ICN – International Council of Nurses  
ICPC – International Classification of Primary Care  
IDF – International Diabetes Federation  
IOM – Institute of Medicine (US)  
IPB – Instituto Politécnico de Bragança  
Kg – Kilograma  
LDL – Low-density Lipoprotein  
m – metros  
M±DP – média mais ou menos desvio padrão  
MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar  
MESF – Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar  
mmHg – milímetros de mercúrio  
MMSE – Mini Mental State Examination Test  
MPAT – Medida Psicométrica de Adesão ao Tratamento  
n.d. – no data  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
ppm – pulsações por minuto  
SDSCA – Summary Diabetes Self-Care Activities  
SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia  
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde  
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences  
UA – Universidade de Aveiro  
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
USF – Unidade de Saúde Familiar  
UTAD – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro  
WHO – World Health Organization



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>
1.    CONTEXTUALIZAÇÃO .....	19
2.    REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	23
<b>CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>27</b>
1.    CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	29
2.    ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	35
2.1.    Fisiopatologia e epidemiologia da Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2 .....	35
2.2.    A Pessoa e a família com Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2 .....	37
2.3.    A intervenção do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico do utente com Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2 .....	40
3.    METODOLOGIA.....	49
3.1.    Tipo de estudo.....	49
3.2.    População e amostra.....	51
3.3.    Procedimentos de recolha de dados.....	52
3.4.    Variáveis em estudo .....	56
3.5.    Tipo de intervenção .....	56
3.6.    Procedimentos éticos .....	58
3.7.    Procedimentos de análise de dados .....	59
4.    APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....	61
4.1.    Caracterização sociodemográfica dos participantes em estudo.....	61
4.2.    Caracterização clínica dos participantes em estudo.....	63
4.3.    Consistência interna das escalas AAD e MPAT no 1º e 2º momento .....	65
4.4.    Caracterização da AAD e MPAT no 1º e 2º momento .....	66
4.5.    Resultados da AAD e MPAT no 1º e 2º momento através da classificação “aderente/não aderente” .....	69
4.6.    Análise comparativa dos resultados da AAD e MPAT no 1º e 2º momento por dimensão .....	72
4.7.    Análise comparativa dos resultados da AAD e MPAT no 1º e 2º momento por dimensão, através da classificação “aderente/não aderente” .....	74

5.	DISCUSSÃO .....	79
6.	CONCLUSÕES DO ESTUDO .....	87
	<b>SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO .....</b>	<b>91</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>95</b>

## **ANEXOS**

Anexo I – *Mini Mental State Examination*

Anexo II – Autorização de Utilização da Escala AAD

Anexo III – Autorização de Utilização da Escala MPAT

Anexo IV – Manual de Educação em Diabetes Tipo 2 (CD)

Anexo V – Autorização de Utilização do Manual de Educação em Diabetes Tipo 2

Anexo VI – Parecer Comissão de Ética ARS Centro

## **APÊNDICES**

Apêndice I – Formulário de Colheita de Dados

Apêndice II – Quadro resumo das temáticas abordadas por dimensões do autocuidado

Apêndice III – Declaração de Consentimento Informado

## Lista de Figuras

Figura 1 - Pirâmide Etária UCSP Águeda V (SPMS, 2017).....	20
Figura 2 - Espiral de ciclos da investigação-ação (Coutinho et. al, 2009, p.366).....	50
Figura 3 - Fluxograma de constituição da amostra.....	52

## **Lista de Quadros**

Quadro 1 - Indicadores Demográficos UCSP Águeda V (SPMS, 2017).....	21
Quadro 2 - Variáveis em estudo.....	56
Quadro 3 - Principais temáticas por dimensão a abordar.....	57

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes em estudo (n=102).....	62
Tabela 2 - Caracterização dos participantes em estudo segundo a Classificação Social e Internacional de Graffar (n=102) .....	63
Tabela 3 - Caracterização clínica dos participantes em estudo (n=102) .....	64
Tabela 4 - Caracterização da consistência interna da AAD por dimensão através do cálculo de <i>alfa cronbach</i> e comparação com outros estudos .....	66
Tabela 5 - Caracterização da consistência interna da MPAT através do cálculo de <i>alfa de cronbach</i> e comparação com outros estudos .....	66
Tabela 6 - Resultados da AAD no 1º e 2º momento por dimensão (n=102) .....	67
Tabela 7 - Resultados da MPAT por dimensão e no total no 1º e 2º momento (n=100) .....	68
Tabela 8 - Resultados da AAD por dimensão no 1º e 2º momento através da classificação “aderente/não aderente” (n=102) .....	70
Tabela 9 - Resultados da MPAT por dimensão e total no 1º e 2º momento através da classificação “aderente/não aderente” (n=102) .....	71
Tabela 10 - Análise comparativa dos resultados obtidos na AAD no 1º e 2º momento por dimensão (n=102) .....	73
Tabela 11 - Análise comparativa dos resultados obtidos na MPAT no 1º e 2º momento por dimensão e total (n=102).....	74
Tabela 12 - Análise comparativa dos resultados da AAD no 1º e 2º momento através da classificação “aderente/não aderente” (n=102) .....	75
Tabela 13 - Análise comparativa dos resultados da MPAT no 1º e 2º momento através da classificação “aderente” e “não aderente” (n=102) .....	76

## INTRODUÇÃO

O presente relatório, foi realizado no âmbito da unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional, integrada no 3º semestre, do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), organizado em consórcio pela Universidade de Aveiro (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro), Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Escola Superior de Saúde de Vila Real) e o Instituto Politécnico de Bragança (Escola Superior de Saúde de Bragança). O referido estágio foi desenvolvido na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Águeda V, integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Vouga e Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, a fim de complementar e consolidar conhecimentos técnico-científicos desenvolvidos anteriormente nas unidades curriculares teóricas que integram o mestrado acima mencionado, uma vez que de acordo com o Ministério da Saúde (2014), é em Unidades de Saúde Familiar (USF) ou em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) que o enfermeiro encontra um contexto de excelência para a prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade.

O enfermeiro de família, alicerçado no conceito da WHO (2000) é definido como um profissional que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade. Com efeito, o foco de cuidados centra-se nas dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente na promoção da saúde e gestão da doença, assim defende o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (OE, 2011c). O mesmo documento ressalva ainda, que o enfermeiro de família é gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares. Deste modo, é reconhecida a sua contribuição na promoção da saúde individual, familiar e coletiva e prevenção da doença, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar.

Neste âmbito, cumprir o programa curricular proposto para o mestrado em causa, à luz do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em saúde familiar, vem assim possibilitar o desenvolvimento de profissionais autónomos, com espírito crítico e reflexivo, que participem ativamente no desenvolvimento organizacional das instituições, respeitem a pessoa e a família em todo o processo de cuidados, participem na inovação e desenvolvimento da prática da enfermagem com recurso a metodologias de investigação e tomem decisões ético-legais de acordo com os valores da profissão (OE, 2011b,

2011c). Só assim, se justifica o enquadramento e a pertinência de incluir neste estágio também um estudo de investigação, que no nosso caso se debruça sobre a relação entre a intervenção psicoeducativa do enfermeiro de família e a problemática da adesão ao regime terapêutico nos utentes com Diabetes *Mellitus* (DM) tipo 2, ambicionando desta forma contribuir na implementação de estratégias de melhoria da prática dos enfermeiros da UCSP Águeda V.

A escolha da temática referida, fundamenta-se no facto de que a DM constitui uma das doenças crónicas mais comuns em quase todos os países e continua a aumentar em número e significância, pois a mudança de estilos de vida promoveu a redução da atividade física e o aumento da obesidade (Shaw, Sicree, & Zimmet, 2010), sendo que Portugal não é exceção e partilha da mesma realidade (SPD, 2016). Neste sentido, as estimativas dos encargos atuais e futuros com a DM são importantes para alocar recursos comunitários e de saúde, para enfatizar o papel do estilo de vida e incentivar a adoção de medidas para combater as tendências no aumento da sua prevalência (Shaw et al., 2010).

No seu dia a dia a pessoa com DM é confrontada com vários desafios (dieta, exercício físico, medicação, autovigilância, cuidados aos pés, consultas para vigilância e controlo) que exigem habilidades e competências para mobilizar recursos físicos, psicológicos, sociais e materiais e ainda capacidade para se autocuidar nos vários contextos: familiar, profissional e social. Para Narayan, Ali, e Koplan (2010) a autogestão da DM depende muito da mudança de comportamento em saúde, o que representa um esforço difícil para a maioria das pessoas, permanecendo um dos maiores desafios da vida moderna. A este respeito a WHO (2003) ressalva que a não adesão é reconhecida como um problema de saúde multidimensional, particularmente relevante nas condições crónicas, que para além das consequências negativas que representa para a saúde tem um impacto significativo nos custos em saúde.

A não adesão ao tratamento da DM representa um problema de magnitude internacional que contribui para a baixa eficácia do tratamento, com complicações a médio e longo prazo e consequentemente aumento da necessidade de serviços de saúde de alta complexidade (Ayele et. al, 2012; Bubalo et al., 2010; Butler et. al, 2011; Hill-Briggs & Gemmell, 2007).

Neste âmbito, e de acordo com Correia et al. (2018), a Educação Terapêutica é entendida como uma ferramenta essencial no desenvolvimento de capacidades de autogestão e adaptação do tratamento à doença, ajudando as pessoas e suas famílias a gerir o tratamento e a prevenir ou retardar as complicações, enquanto mantêm ou melhoram a sua qualidade de vida, uma vez que permite à pessoa com DM colaborar, com competência reconhecida e de forma ativa, no seu tratamento, como elemento integrante da equipa de saúde. Segundo os autores referidos, constitui-se um processo efetivo, pois promove a aceitação da doença, melhora os resultados clínicos, previne hospitalizações e, por conseguinte, reduz as despesas em saúde.

Com efeito, face ao exposto anteriormente, constitui objetivo deste relatório de estágio, analisar crítica e reflexivamente a aprendizagem que decorreu da prática clínica desenvolvida na UCSP Águeda V, refletindo sobre as dificuldades que daí advieram, considerando diferentes pontos de

vista, identificando as soluções construídas e a sua aplicabilidade no contexto da prática da enfermagem de família. Constitui ainda objetivo deste documento, apresentar todo o percurso metodológico e resultados do estudo de investigação desenvolvido, integrado no referido estágio, que visou de uma forma geral avaliar o impacto da intervenção psicoeducativa do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico nos utentes com DM tipo 2.

De forma a concretizar os objetivos definidos, o presente relatório de estágio encontra-se dividido, além da presente introdução, num primeiro capítulo referente à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências em contexto de estágio de natureza profissional, onde também é realizada uma contextualização do local de estágio. O segundo capítulo refere-se à apresentação do percurso metodológico e dos resultados do estudo empírico realizado ao longo do período de estágio. Este capítulo inicia por uma breve contextualização do estudo efetuado, seguido de um enquadramento teórico no qual se aborda a fisiopatologia e epidemiologia da DM tipo 2, suas implicações na adesão ao regime terapêutico no utente/família e intervenções do enfermeiro de família neste âmbito. O referido capítulo aborda ainda, a metodologia utilizada no trabalho de investigação, apresenta os principais resultados com ele obtidos e a sua discussão, e termina com as principais conclusões obtidas. A última secção do presente relatório é uma síntese conclusiva onde são apresentadas as principais conclusões que emergiram com a elaboração deste relatório.





**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS**



## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Como referido anteriormente, a unidade curricular de estágio encontra-se integrada no 3º semestre do 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (MESF), organizado em consórcio pela Universidade de Aveiro (UA), Universidade de Trás os Montes e Alto Douro (UTAD) e Instituto Politécnico de Bragança (IPB) no ano letivo 2017/2018. O referido estágio decorreu na UCSP Águeda V, polo de Aguada de Baixo, no período de 2 de outubro a 14 de março de 2018 num total de 480 horas, sob a orientação do Professor Doutor João Filipe Simões e supervisão da Srª Enfª Mónica Tavares, Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária.

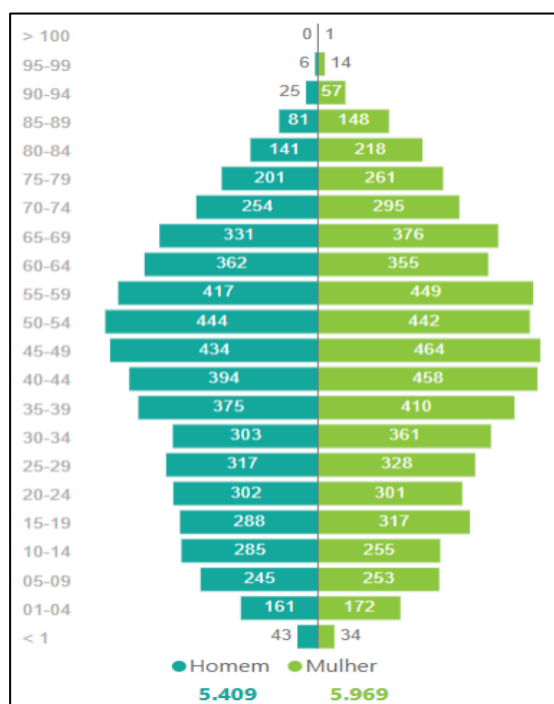
A UCSP Águeda V em funções desde 20 de março de 2007, integra o ACeS Baixo Vouga e ARS Centro, encontra-se sediada na Rua da Poça, Aguada de Cima - Águeda e é uma unidade constituída por quatro polos, sites respetivamente em Aguada de Cima, Aguada de Baixo, Barrô e Borralha por forma a dar cobertura assistencial à população aí residente. Os profissionais de saúde que a integram estão organizados em seis equipas de saúde familiar, cada uma constituída por um médico, enfermeiro e assistente técnico que se comprometem a assistir um determinado ficheiro de utentes ao longo do ciclo vital da família, distribuídas geograficamente pelos polos que a constituem, nomeadamente duas equipas em Aguada de Cima, duas em Barrô e as restantes, uma em Aguada de Baixo e outra na Borralha. No que se refere à resposta assistencial, esta compreende as consultas de agudos, consultas programadas, consultas programadas no âmbito dos programas de vigilância (Saúde Materna, Planeamento Familiar, Rastreio Oncológico, Saúde Infantojuvenil, Vigilância da DM e HTA), consultas de intersubstituição e secretariado clínico em todos os polos que compõem a unidade, que se organizam entre si num horário de funcionamento entre as 8 horas e as 20 horas.

Particularmente e em relação aos cuidados de enfermagem disponibilizados, para além do acima mencionado, cada enfermeiro de família assegura cuidados no âmbito do tratamento de feridas e vacinação dispondo para o efeito de gabinetes específicos e salas de tratamento devidamente equipadas, na unidade e no domicílio dos utentes com recurso a táxi na deslocação para os mesmos.

Quanto ao compromisso assistencial e de acordo com SPMS (2017) a referida unidade funcional possui 11378 utentes inscritos a que correspondem 14673,5 unidades ponderadas, calculadas de acordo com o nº 4 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 73/2017. Do total de inscritos é importante ainda mencionar que apenas 6,6% dos utentes não tem médico de família atribuído. Especificamente no que se refere ao ficheiro de utentes com o qual teve maior oportunidade de trabalhar, este é composto por um total de 1763 indivíduos dos quais 856 mulheres e 907 homens. No que se refere a programas ativos na plataforma SClínico (Cuidados de Saúde Primários), e no ficheiro mencionado acima, os utentes estão integrados em diferentes programas, distribuídos da seguinte forma: Planeamento Familiar 20,7% (364); Hipertensão

14,6% (258); Saúde Infantil 10,7% (189); Saúde Juvenil 6,1% (107), Diabetes 7,7%(137), Tratamento de Feridas e Úlceras 2% (35); Dependentes 0,6% (11); Saúde Materna 0,5% (9) e Puerpério.0,3% (6).

No que se refere às características da população inscrita na UCSP Águeda V e decorrente da análise da sua pirâmide etária que se encontra apresentada na Figura 1, podemos constatar que esta segue a tendência nacional, ou seja, alargamento da zona central e estreitamento da base e do topo confirmando o envelhecimento populacional a que se assiste nos dias de hoje. No que respeita à distribuição dos utentes por sexo, esta é muito semelhante para ambos os sexos, sendo que da população inscrita 47,5% (5409) são do sexo masculino e 52,5% (5969) são do sexo feminino. Da observação da mesma figura é possível ainda constatar, que a faixa etária com mais utentes nos homens é a dos 50-54 anos, com 444 indivíduos, e nas mulheres é a dos 45-49 anos com 464 sujeitos. Analisando a população inscrita, tendo em conta os grupos etários de acordo com o Decreto-Lei 298/2007, aquele que se apresenta com maior número é o dos 7-64 anos de idade, com 8349 indivíduos, contudo o número de utentes nos grupos etários 65-74 anos e  $\geq 75$  anos apresentam um número de indivíduos considerável, respetivamente 1256 e 1153, tendo em conta que são os grupos etários aos quais são atribuíveis maiores unidades ponderadas, ou seja maior necessidade de utilizar os serviços de saúde em função da idade e da sua vulnerabilidade e morbilidade. O número de idosos vai, naturalmente, diminuindo à medida que se aproxima do topo da pirâmide, sendo os utentes com idade  $\geq 90$  anos os que se encontram em menor número (SPMS, 2017).



**Figura 1 - Pirâmide Etária UCSP Águeda V (SPMS, 2017)**

Relativamente aos indicadores demográficos da população inscrita na UCSP Águeda V e de acordo com a informação disponível em SPMS (2017) elaborou-se o Quadro 1, através do qual se constata, em primeira instância, que a população desta unidade funcional se enquadra na problemática nacional do envelhecimento populacional, ao evidenciar um índice de longevidade de 47,9%, um índice de dependência total de 51,3% e um índice de envelhecimento de 166,3, confirmando a dificuldade na transição demográfica a que se assiste na atualidade. Contudo, da análise do mesmo quadro é possível notar que a percentagem de população ativa se situa nos 66,1%, percentagem animadora face ao envelhecimento e sua sustentabilidade, uma vez que potencialmente constituem mão-de-obra disponível para a produção de bens e serviços no circuito económico.

**Quadro 1 - Indicadores Demográficos UCSP Águeda V (SPMS, 2017)**

<b>Indicadores Demográficos</b>	<b>%</b>
<b>Índice de Dependência Total</b> [(pop ≤ 14a + pop ≥ 65a) / pop 15-64a] x 100	51,28
<b>Índice de Dependência de Idosos</b> (pop ≥ 65a / pop 15-64a) x 100	32,03
<b>Índice de Dependência de Jovens</b> (pop ≤ 14 <sup>a</sup> / pop 15-64a) x 100	19,25
<b>Índice de Longevidade</b> (pop ≥ 75a / pop ≥ 65a) x 100	47,86
<b>População Ativa</b> (pop 15-64a / pop total) x 100	66,10
<b>Índice de Envelhecimento</b> (pop ≥ 65a / pop ≤ 14a) x 100	166,3

De toda a caracterização apresentada referente à UCSP Águeda V, se depreende que esta unidade funcional se revelou um campo privilegiado no alcance dos objetivos e no desenvolvimento das competências preconizados para o referido estágio de natureza profissional e sistematizadas no Guia Orientador de Estágio (UA, UTAD, & IPB, 2017).

Com efeito, o referido estágio foi desenvolvido tendo em conta os seguintes objetivos: cuidar a família como uma unidade de cuidados; prestar cuidados específicos ao longo do ciclo vital e nas diferentes fases de prevenção (primária, secundária e terciária); mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando-a perante as exigências e especificidades do seu desenvolvimento; identificar precocemente os determinantes da saúde familiar e trabalhar em parceria com a família na gestão, promoção, manutenção e recuperação da sua saúde, identificando e mobilizando os recursos necessários para a promoção da sua autonomia (UA et al., 2017) e ainda, desenvolver conhecimentos em metodologias de investigação através da elaboração de um estudo de investigação utilizando a UCSP Águeda V

como campo de colheita de dados. Posteriormente, neste relatório, iremos apresentar todo o processo metodológico inerente a este estudo.

De modo a possibilitar o alcance dos objetivos atrás descritos, ao longo do estágio foram realizadas atividades, que permitiram a mobilização de conhecimentos técnico-científicos desenvolvidos anteriormente ao longo da formação académica e por conseguinte possibilitar o desenvolvimento das competências exigidas neste âmbito, sempre sob supervisão da enfermeira supervisora, mas visando a progressiva autonomia da estudante/investigadora.

Deste modo, uma das competências a desenvolver prendia-se com o cuidar da família como unidade de cuidados reconhecendo a sua complexidade, globalidade, equifinalidade e auto-organização que lhe confere uma organização estrutural específica, entendendo-a como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas inerentes ao ciclo vital. Face ao exposto, era esperado o desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a sua participação significativa em todas as fases do mesmo. Outra competência a desenvolver ao longo do estágio prendeu-se com o prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária secundária e terciária, para a qual era necessário realizar uma avaliação em qualquer contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento, reconhecer situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar e realizar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar (UA et al., 2017).

Para além do desenvolvimento de competências inerentes à prestação de cuidados à família, este estágio pretende ser, também, uma ótima oportunidade para o desenvolvimento de ferramentas de investigação, já que, como foi referido anteriormente, a UCSP Águeda V constitui o campo para a colheita de dados e respetiva intervenção no âmbito do trabalho de investigação documentado neste relatório, e que procura confirmar o impacto da intervenção do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico nos utentes com DM tipo 2.

Ao longo do percurso e de forma a ser capaz de alcançar os objetivos definidos e desenvolver as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, foi importante a orientação disponibilizada pelo Professor Doutor João Filipe Lindo Simões como docente orientador e pela Sr<sup>a</sup> Enfermeira Mónica Tavares como Supervisora de estágio.

## **2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Do desenvolvimento de conhecimentos técnico-científicos nos dois últimos semestres do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, emerge o conceito lato de que a enfermagem de família centra os seus cuidados na família, como um todo, assim como nos seus membros individualmente, potencializando as forças, recursos e competências da família. Neste âmbito, a realização de um estágio de natureza profissional representou uma oportunidade de consolidar esses mesmos conhecimentos adquiridos anteriormente em contexto académico transpondo-os e adaptando-os a um dos reais contextos de prestação de cuidados do enfermeiro de família, ou seja, uma UCSP onde os cuidados de enfermagem se encontram organizados de acordo com o Modelo de Enfermeiro de Família.

A realização de um estágio, num contexto de prática na qual desenvolvo a minha atividade profissional há quase seis anos, embora numa outra Unidade Funcional do ACeS Baixo Vouga, trouxe consigo um conjunto de aspetos que se revelaram facilitadores e outros dificultadores no decurso do referido estágio. Tratou-se de incorporar um quadro teórico referencial já adquirido anteriormente na licenciatura e aprofundado agora no mestrado, na prática clínica que dá mostras de querer acompanhar os avanços teóricos e de pesquisa nesta área e cujas políticas de saúde já consideram na atualidade, principalmente nos cuidados de saúde primários, com a reorganização dos centros de saúde.

Inicialmente houve a dificuldade em integrar uma conceção de prática de cuidados agora centrada na família, sendo que para a incorporar nas múltiplas atividades desenvolvidas ao longo do estágio muito contribuiu a consciencialização e reconhecimento da reciprocidade entre a dinâmica da família e a evolução da doença, na qual a dinâmica familiar influencia a evolução da doença e esta por sua vez influencia a dinâmica familiar, num processo contínuo de coevolução ao longo do tempo. De entre as atividades desenvolvidas destaco a consulta de enfermagem e que desenvolvi de forma sistematizada, o que permitiu cuidar a família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos nas diferentes etapas do ciclo de vida da família aos diferentes níveis de prevenção, no âmbito dos diferentes programas de saúde, saúde materna, saúde infantojuvenil, vacinação, tratamento de feridas, planeamento familiar, rastreio oncológico, hipertensão arterial, diabetes. Houve ainda a possibilidade de efetuar consultas em contexto de visita domiciliar.

Na execução das atividades mencionadas anteriormente e no sentido de possibilitar o desenvolvimento das competências esperadas para este estágio, foi importante atentar na reflexão de Pinto, Ribeiro, Pettengill, e Balleiro (2010) acerca do cuidado centrado na família e entender que intervir apenas num dos membros da família, a fim de que atinja o melhor estado de saúde possível, é cuidar da família, porém o foco apenas nesse aspeto não possibilita a atenção no todo que a caracteriza e ao que a doença deste membro provoca na organização e funcionamento familiar, nem sequer se está a cuidar dos demais membros da unidade familiar,



contrariando desta forma os princípios da enfermagem de família, que propõe uma visão integral do ser humano e não centrada no indivíduo ou apenas no aspeto biológico da doença. Com efeito e em concordância com o que defende Wright e Leahey (1990), quando o foco está no indivíduo como contexto da família ou na família como contexto de um indivíduo, os membros da família são levados em conta apenas em relação ao familiar doente e não face às suas necessidades e interação. Contudo, é crucial entender que as necessidades da família variam em função da situação, e como tal a intervenção do enfermeiro pode ser direcionada para o indivíduo, para a unidade familiar ou para ambos consoante a necessidade avaliada, pois as abordagens não são excludentes e nem uma é melhor do que a outra (Wright & Leahey, 1990). Nesta conceção de cuidados torna-se fundamental assumir que família “refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são autodefinidos” (Hanson, 2005, p. 6). No entanto o seu conceito tem adquirido nas últimas décadas um âmbito mais vasto por influência das novas tendências e configurações familiares e que, por conseguinte, trazem novas conceções de família e na organização da vida dos seus membros. Considerando estes novos desenvolvimentos, a Família é definida em linguagem CIPE pela OE (2011, p. 118), como uma “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes.”. Também neste campo de estágio foi possível a interação com múltiplas tipologias de famílias, sendo as mais comuns as classificadas de acordo com Caniço, Bairrada, Rodríguez, e Carvalho (2010) em díade familiar, família nuclear, alargada e reconstruída.

É importante referir que a dificuldade expressa por alguma ansiedade e insegurança existiu pelo facto de o padrão usual da minha prática clínica considerar termos como saúde e doença, famílias e enfermagem como elementos separados, e ter que no momento de estágio de um modo desafiante atentar à reciprocidade ou à relação entre esses mesmos elementos. A este respeito, Figueiredo (2013), refere que para a compreensão da unidade familiar é fulcral concetualizá-la com recurso a um paradigma que possibilite apreender a sua complexidade, globalidade, reciprocidade, multidimensionalidade numa abordagem que considere tanto a sua historicidade quanto o contexto.

Com efeito, para a mudança no padrão da minha prática, implicou, tal como defende Wright e Leahey (2012) instituir práticas de avaliação e intervenção nas famílias através de relacionamentos colaborativos nas atividades desenvolvidas com a mesma, a fim de garantir o entendimento sistémico das famílias relativamente à sua experiência com os problemas de saúde reais ou potenciais. Para a concretização desta estratégia foi utilizado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) proposto por Figueiredo (2013), instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar, cuja matriz operativa possibilita a interligação entre as etapas do processo de enfermagem. Ainda de acordo com a autora, trata-se de um modelo de cariz dinâmico, flexível e interativo, que possibilita aos enfermeiros proporem intervenções, que ao serem identificadas com rigor e por considerarem a

complexidade dos processos familiares que estão inerentes ao seu desenvolvimento, estrutura e modo de funcionamento, dão resposta às reais necessidades das famílias.

Embora nem todas as famílias tenham a indicação para serem avaliadas de acordo com este Modelo, houveram ao longo deste estágio múltiplas famílias com indicação para avaliação segundo o modelo identificado. Contudo, destaco nesta reflexão uma família que enfrentava uma situação de doença em fase terminal que ameaçava a relação dos seus membros. Neste âmbito, a avaliação sistematizada por dimensões do MDAIF permitiu identificar e enfatizar as forças e potenciais da família, propor a redefinição de papéis, mobilizar recursos internos e externos promotores de novas formas de interação e fortalecer assim a saúde da família e por conseguinte a sua autonomia e coparticipação no processo de cuidar. Tratou-se de uma mulher que face ao agravamento da doença crónica do cônjuge, desenvolve elevados níveis de stresse e assume não demonstrar conhecimento e capacidade para adotar o papel de prestador de cuidados sozinha e de forma continuada. Decorrente da avaliação foi possível identificar forte coesão familiar, processo familiar não disfuncional e papel de prestador de cuidados não adequado, pelo que e através de uma filha que se revelou ser elemento dominante e proativo, foi possível, propor redefinição de papéis, melhorar o conhecimento e as habilidades relativas ao papel de prestador de cuidados, propor apoio domiciliário da ação social local e referenciar para ECCI para controlo de sintomatologia do membro doente. Com efeito, desta forma foi possível desenvolver novas formas de interagir na família e por conseguinte efetivar uma prática direcionada para a capacitação funcional desta família em particular, face às exigências e especificidades do seu ciclo vital. Segundo Wright e Leahey (2012) apesar das intervenções se focalizarem em alterações nos domínios cognitivo, afetivo ou de conduta de funcionamento familiar, as intervenções que normalmente se orientam a modificar os significados e crenças que a família atribui a eventos de comportamento ou à sua experiência com a doença tende a apresentar alterações mais permanentes. É importante ainda referir que foi possível documentar alguma desta informação relativa à intervenção nesta família no aplicativo informático SClinico que promove a evidencia dos ganhos em saúde nesta matéria, contudo as suas potencialidades ainda são reduzidas dado a incipiente aposta.

Ao longo deste estágio fui, inevitavelmente, desenvolvendo também algumas competências de investigação, nomeadamente no âmbito da metodologia de investigação-ação que se destaca por objetivar a transformação de uma realidade através de uma ação planeada, por inserir o investigador no campo de colheita de dados, por possibilitar a interação entre investigador e participante e por permitir a colaboração dos participantes como agentes transformadores da sua realidade capazes de modificarem as suas práticas através da sua aprendizagem (Monteiro, Moreira, Oliveira, Moura, & Costa, 2010). A investigação proposta centrou-se especificamente no âmbito da adesão ao regime terapêutico, medicamentoso e não medicamentoso, da pessoa com DM tipo 2 reduzindo as complicações que estão inerentes à não adesão. Em concordância com o que defende o autor acima mencionado, esta metodologia permite assim um diálogo aberto, participativo e reflexivo, assistindo o indivíduo de forma holista, incluindo-o no contexto

da sua família e comunidade, além de procurar constantemente a transformação positiva dessa realidade, servindo desta forma os propósitos da enfermagem de família tendo em conta o seu quadro concetual e da temática do presente trabalho de investigação.

A DM tipo 2, caracteriza-se por ser uma doença complexa, que exige da pessoa portadora e sua família ajustamentos constantes para incluir no quotidiano dos mesmos os cuidados exigidos. Neste âmbito a abordagem do ambiente familiar, constitui-se condição fulcral, uma vez que é nesse contexto que acontece a maior parte da gestão da DM. A avaliação da adesão às atividades de autocuidado por dimensões em cada indivíduo (através do formulário de colheita de dados), considerando que se trata de um fenómeno multifatorial e multidimensional no qual se integra a família ora como facilitadora e/ou inibidora deste processo e atendendo ao impacto que a adesão/não adesão possa ter na interação familiar, vem assim possibilitar e sedimentar uma perspetiva de cuidado de enfermagem familiar direcionado às reais necessidades, que considere preferências e valores individuais e portanto mais efetivo. Desta forma e apesar do instrumento de intervenção se basear num padrão inicial, dirigiu-se ao indivíduo portador com foco na família, sempre que possível presencial ou ideologicamente, considerando os aspetos anteriores relativos à adesão, o que veio possibilitar o aprimorar constante de competências de avaliação e intervenção familiares e pelos resultados obtidos a confirmação de que a inclusão da família nas intervenções educacionais promovem o suporte disponibilizado por esta, o desenvolvimento de comportamentos familiares saudáveis e por conseguinte a autogestão eficaz da DM (Hu, Wallace, McCoy, & Amirehsani, 2014).

Da mesma forma creio que o acompanhamento e envolvimento dos profissionais de saúde da UCSP Águeda V disponibilizado ao longo deste trabalho de investigação, tenha influenciado a forma de interação destes com os utentes e família portadores de DM tipo 2, considerando a reciprocidade destes entre si e com o ambiente macrosistémico, uma vez que foram impelidos a refletir sobre o contexto biopsicossocial e espiritual dos utentes (condição socioeconómica, motivação, ...) aquando a preparação do contacto destes com a investigadora, contribuindo assim também para a promoção da saúde familiar.

Por fim perante as atividades desenvolvidas e os ensinamentos que daí resultaram creio poder afirmar que atingi os objetivos que foram propostos e, por conseguinte, tornar-me mais competente na avaliação e intervenção nas famílias. Aprimorando tais competências poderei em concordância com o definido em OE (2015) prestar cuidados de enfermagem a todas as famílias pelas quais estarei responsável, considerando as transições normativas que decorrem dos seus processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital e relacionar os fatores de stresse familiares que implicam transições transacionais e de saúde/doença com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais.

## **CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO**



## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente trabalho de investigação foi desenvolvido durante o estágio de natureza profissional, na UCSP Águeda V, polo de Aguada de Baixo, do ACeS Baixo Vouga da ARS Centro, no período de 2 de outubro de 2017 a 14 de março de 2018, pelo que a respetiva recolha de dados e intervenção proposta ocorreram ao longo desse período.

O estudo justifica-se em virtude de a DM ser uma doença crónica responsável por complicações, que não apenas limitam a vida dos indivíduos, mas também contribuem para um alto nível de morbilidade e mortalidade. Assim, a gestão eficaz da doença crónica é importante, permitindo que as pessoas possam gerir o regime terapêutico de forma adequada (Cunha, André, Granado, Albuquerque, & Madureira, 2015). O regime terapêutico da DM tem por objetivo a manutenção do controlo metabólico de modo a evitar o desenvolvimento de complicações tardias e compreende, basicamente, o regime não medicamentoso e medicamentoso. O regime não medicamentoso está relacionado com as mudanças de comportamento associadas à alimentação saudável e à prática de atividade física regular (ADA, 2017), pelo que se depreende a extensa responsabilidade do indivíduo na gestão da doença, cujo sucesso está dependente dos esforços desenvolvidos pelo próprio em parceria com os profissionais de saúde que ajudam a definir objetivos e a tomar decisões. A este respeito Boavida (2013) refere que a percentagem de pessoas com diabetes ou doença crónica no geral, que seguem a terapia proposta pelo profissional de saúde, é muito inferior à esperada, concretizando neste âmbito, a título de exemplo, que 25 a 30% das pessoas com DM tipo 1 admitem falhar algumas das suas injeções diárias de insulina e relativamente ao aumento da atividade física e adesão a uma dieta adequada têm percentagens ainda mais baixas.

A problemática apresentada, assume especial relevo quando enquadrada na “Teoria das Transições” (Meleis, 2010), teoria esta que descreve a natureza, as condições facilitadoras e dificultadoras e os padrões de resposta comuns aos diferentes processos de transição e que norteiam a intervenção de enfermagem. Neste âmbito, é importante conhecer a pessoa, tendo em conta as suas representações, concepções, interesses, dificuldades, estilos de vida e os fatores que influenciam as suas decisões (Meleis, 2010). Correia et al. (2018), reforça que os enfermeiros colaboram assertivamente na negociação dos objetivos, dando estímulos positivos para o desenvolvimento das suas capacidades, para uma melhor adesão e gestão autónoma do tratamento. Face ao exposto, a pessoa desenvolve habilidades pela constante interação que estabelece com o ambiente para nele se adaptar, num processo de transição, onde o risco de vulnerabilidade, de desequilíbrio e de frustração podem originar dificuldades num caminho conducente ao potencial desajustamento (Meleis, 2010). Ainda segundo o mesmo autor a experiência humana e a sua resposta durante a transição, tornam-se centrais para o interesse da enfermagem, no intuito de compreender a experiência da pessoa durante a transição desvendando as condições pessoais e ambientais que facilitam ou inibem o processo, a fim de promover a ajuda efetiva às pessoas na melhoria da sua capacidade de adaptação, auxiliando-

as a desenvolver mecanismos eficazes a partir dos seus próprios recursos em direção a uma transição saudável e por conseguinte melhorar a adesão ao regime terapêutico.

Para além do exposto anteriormente, Whittemore e Roy (2002), propuseram uma teoria de adaptação de médio alcance específica para a DM, que fornece um conhecimento mais específico e contemporâneo sobre a experiência dinâmica de adaptação à DM. A referida teoria constitui a base para a compreensão do indivíduo como sistema, social, mental, espiritual e físico, afetado por estímulos do ambiente interno e externo aos quais tem capacidade de se adaptar de forma variável. Neste âmbito, o cuidado de enfermagem enquadrado nesta teoria possibilita a abordagem das pessoas com DM de modo holístico, entendendo-as como sistemas capazes de exibirem respostas adaptativas eficazes face aos estímulos, cujo foco de cuidado se centra na manipulação e modificação desses mesmos estímulos de modo a promover e facilitar a capacidade adaptativa da pessoa que deve considerar as experiências e percepções pessoais e que tornam cada pessoa única (Whittemore & Roy, 2002).

Com efeito, a adesão ao regime terapêutico (medicamentoso e não medicamentoso) é entendida como um elemento-chave no controlo das doenças crónicas e a sua ausência tem um impacto considerável na incidência, prevalência e na saúde no global, representando por isso para os países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento uma carga económica considerável (Albuquerque, Correia, & Ferreira, 2015). Na realidade portuguesa Bugalho e Carneiro (2004) e Cabral e Silva (2010) argumentam que a não adesão constitui uma barreira para um tratamento bem sucedido ao obrigar o recurso a tratamentos mais dispendiosos, a mais medicamentos, a novos procedimentos diagnósticos, a mais episódios de urgência e mais internamentos com repercussões ao nível da qualidade dos cuidados e inclusive ao nível social. Para os mesmos autores, os custos diretos da falta de controlo da terapêutica aplicada a qualquer doença são três a quatro vezes superiores aos de um bom controlo e os custos indiretos, como a diminuição da produtividade, a reforma antecipada e a morte, apresentam uma extensão semelhante.

Neste sentido, torna-se fulcral conhecer o perfil de adesão dos indivíduos com DM e tal como defende Cortez et al. (2015) identificar os utentes que ao longo do tempo têm dificuldade em realizar as atividades de autocuidado, com vista ao controlo da diabetes pode constituir por si só uma estratégia para delinear medidas que minimizem o aparecimento de complicações da doença.

Desde as conclusões dos estudos desenvolvidos por um grupo de trabalho na diabetes, DCCTRG (1993) e King, Peacock, e Donnelly (1999) o doseamento da hemoglobina glicada, surge como um parâmetro essencial na avaliação do controlo metabólico e foi considerado pelos mesmos como sendo o mais válido indicador de adesão ao tratamento proposto, não especificando porém, qual a componente de não adesão comprometida quando esta se verifica. Para tal, na opinião de Albuquerque et al. (2015), é importante recorrer a estratégias de avaliação indireta tais como autorrelatos, entrevistas e consultas para identificar a adesão comportamental a diferentes componentes do tratamento.

Embora o fenómeno da adesão ao regime terapêutico seja multifatorial, segundo Campbell, (2012) na DM é fortemente influenciada pelo nível de conhecimento do indivíduo e neste âmbito a promoção de planos educativos estruturados e direcionados desempenham um papel fundamental no nível de adesão dos utentes. A este respeito, Kalogianni (2012), defende que uma intervenção estruturada e sistematizada ao nível da educação possibilita não só melhorias significativas no controle metabólico, mas também no processo de adaptação à doença, favorecendo o desenvolvimento de estratégias que capacitam o indivíduo no intuito de o tornar o principal gestor da sua doença. Assim, a educação terapêutica é considerada a pedra angular do tratamento da DM, no favorecimento de habilidades e conhecimentos, através de ferramentas e aptidões que permitam aos indivíduos e famílias gerir os sintomas e as limitações diárias relacionadas com a doença, com vista à promoção da autonomia e capacidade de decisão sobre as dificuldades de gestão da sua situação, reduzindo assim os custos a longo prazo para o utente e para a sociedade (Albuquerque et al., 2015; Boavida, 2013). A este nível, a OE (2010b), refere que os enfermeiros lideram esta prática ao disponibilizar informações e educação ao doente, ao estabelecer relações com os doentes, cuidadores e comunidades, ao garantir continuidade de cuidados, ao utilizar tecnologia para fazer avançar a prestação de cuidados, ao apoiar a adesão a terapêuticas a longo prazo e ao promover a prática colaborativa.

Ocupando um lugar privilegiado no seio familiar, o enfermeiro, está na melhor posição em termos relacionais e de comunicação para reunir informação sobre a família das pessoas doentes, assim como dos fatores sociais, culturais e económicos que podem ter influência no desenvolvimento de intervenções futuras. Com efeito, esta proximidade potencia o desenvolvimento permanente de estratégias de gestão apropriadas para cada situação familiar, com vista ao melhor uso dos recursos da comunidade (Canadian Nurses Association, 2005 e Baig, Benitez, Quinn, & Burnet, 2015).

Tendo em conta a realidade da UCSP Águeda V, 8,6%<sup>3</sup> dos utentes inscritos estão diagnosticados com DM e 7,7% com DM tipo 2, prevalência ligeiramente superior à nacional. Quanto ao desempenho da unidade funcional é possível verificar segundo SPMS (2017), que na gestão da doença e dimensão DM, a proporção de DM com última hemoglobina glicada inferior ou igual a 8%, em fevereiro de 2018, se situa em 73,02%, demonstrando um adequado índice de desempenho a este nível, contudo é importante ressaltar que a DGS, (2011) defende que na maioria das pessoas, o objetivo principal do valor alvo de HbA1c seja igual ou inferior a 7% por ter sido demonstrado ocorrer uma redução das complicações microvasculares e uma redução a longo prazo da doença macrovascular, pelo que se depreende que a este nível seja necessário apresentar estratégias de melhoria. Ainda segundo a mesma fonte e ao nível do desempenho é possível identificar que o custo com a terapêutica do doente com DM se situa nos 446,579 euros por utente, num indicador em que o máximo aceitável é de 300 euros.

---

<sup>3</sup> Plataforma Mim@uf - Módulo de Informação e Monitorização da Unidades Funcionais (dados obtidos através da Enfª Supervisora do Estágio).



Decorrente dos pressupostos apresentados anteriormente em conjunto com a realidade identificada na unidade funcional onde se desenvolveu o referido estágio de natureza profissional, se justifica a pertinência do presente trabalho de investigação que se debruça sobre a intervenção do Enfermeiro de Família na Adesão ao Regime Terapêutico no utente com Diabetes *Mellitus* tipo 2.

Neste sentido, as questões centrais que nortearam este trabalho e às quais se pretendeu dar resposta são:

- Qual o nível de adesão ao regime terapêutico, medicamentoso e não medicamentoso de uma amostra de utentes com DM tipo 2 da UCSP Águeda V?
- A intervenção do enfermeiro de família altera o nível de adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso de uma amostra de utentes com DM tipo 2 da UCSP Águeda V?

Para dar resposta às questões anteriores definiram-se os seguintes objetivos gerais:

- Identificar o nível de adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso (dimensões do autocuidado) dos participantes em estudo;
- Avaliar a influência da intervenção do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico dos participantes com DM tipo 2;

Para além dos objetivos gerais, definiram-se também os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar sociodemográfica e clinicamente os participantes no estudo;
- Determinar a proporção de utentes com DM tipo 2 com não adesão ao regime terapêutico não medicamentoso;
- Determinar a proporção de utentes com DM tipo 2 com não adesão ao regime terapêutico medicamentoso;
- Implementar uma intervenção psicoeducativa nos utentes com DM tipo 2 com não adesão ao regime terapêutico não medicamentoso e medicamentoso;
- Avaliar o nível de adesão ao regime terapêutico dos utentes com DM tipo 2 após a intervenção psicoeducativa;
- Analisar criticamente os resultados obtidos antes e após a intervenção nos utentes identificados com não adesão.

De forma a responder aos objetivos traçados para o estudo, o presente capítulo encontra-se dividido em quatro subcapítulos, para além desta contextualização, por forma a apresentar o processo adotado para dar resposta às questões de investigação formuladas. No primeiro subcapítulo é efetuado um enquadramento teórico do domínio da investigação no contexto dos conhecimentos atuais, através do resumo de vários textos pertinentes acerca da temática, a fim de estabelecer ligações entre eles e expor a problemática comum, nomeadamente no que se

refere à DM tipo 2, como doença metabólica crónica, suas implicações na pessoa, na interação familiar e exigências impostas aos cuidados de enfermagem com foco na família.

No segundo subcapítulo é apresentado o processo metodológico escolhido para dar resposta às questões de investigação. Com efeito, no mesmo é definido o tipo de estudo que melhor se adequa aos propósitos formulados, é caracterizada a população estabelecendo os critérios de seleção e tamanho da amostra, é atribuído significado às variáveis precisando as atividades/operações necessárias à sua medida, é apresentado o método de colheita de dados caracterizando os instrumentos para o efeito tendo em conta a sua fidelidade e validade, é determinado o método de análise de dados e produção de resultados tendo em conta os objetivos e desenho do estudo e por fim são definidos os procedimentos que salvaguardam as exigências morais ao longo de todo o processo de investigação. O terceiro e quarto subcapítulos correspondem à apresentação dos resultados e sua interpretação face ao contexto do estudo e termina com as principais conclusões que emergiram do mesmo.



## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A DM constitui um importante problema de saúde pública que apresenta elevada morbimortalidade, com perda significativa da qualidade de vida, produtividade e anos de vida dos indivíduos. A crescente incidência, o tratamento e as complicações acarretam elevados custos, tanto ao nível económico quanto ao nível social (IDF, 2015).

A manutenção de um bom controlo metabólico conseguida através do processo de adesão ao regime terapêutico apresenta-se como um desafio para os profissionais de saúde, uma vez que segundo Boavida (2013) na maior parte das vezes as pessoas têm conhecimento do que devem fazer, de como devem fazer e até querem fazê-lo, mas simplesmente não o fazem. Assim, considerar que a adesão é um fenómeno complexo e multifatorial e compreender os elementos que limitam a atuação dos profissionais de saúde face a este processo, constitui-se como fundamental na abordagem da pessoa com DM, cujos reflexos incidirão na prática dos profissionais e na saúde dos indivíduos (Prado & Soares, 2015). Neste âmbito e sob este ponto de vista, o tratamento do indivíduo com DM deve favorecer a adaptação à sua condição de saúde, instrumentalizando-o para que, por meio dos seus próprios recursos, desenvolva mecanismos que permitam conhecer o seu processo saúde/doença de modo a identificar e prevenir complicações e sobretudo a mortalidade precoce (Reiners, Azevedo, Vieira, & Arruda, 2008).

A fim de enquadrar a problemática apresentada anteriormente, neste subcapítulo abordar-se-á a fisiopatologia e epidemiologia da DM tipo 2, as implicações da interação familiar na adesão ao regime terapêutico e vice-versa e por fim a intervenção do enfermeiro de família na promoção da adesão ao regime terapêutico nos utentes com DM tipo 2.

### **2.1. Fisiopatologia e epidemiologia da Diabetes *Mellitus* Tipo 2**

O termo DM é descrito como um transtorno metabólico progressivo de carácter crónico e de etiologia múltipla, o qual se caracteriza por uma hiperglicemia crónica com alteração no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, em resultado da deficiência na secreção e/ou ação da insulina (IDF, 2017). A insulina constitui uma hormona essencial, produzida pelo pâncreas, cuja função principal é transportar a glicose da corrente sanguínea para as células do organismo, onde é convertida em energia, sendo que a falta de insulina ou a incapacidade das células para responder à sua ação induz a altos níveis de glicose no sangue – hiperglicemia que caracteriza a DM (DeFronzo, 2015). O não controlo da hiperglicemia a longo prazo, pode levar ao desenvolvimento progressivo de complicações específicas ao nível microvascular nomeadamente retinopatia, nefropatia e/ou neuropatia periférica e

consequentemente ao nível macrovascular com um risco aumentado de doença cardiovascular, vascular periférica e cerebrovascular (SPD, 2015).

De acordo com IDF (2017) existem três tipos principais de DM, tipo 1, tipo 2 e gestacional, sendo a DM tipo 2 o tipo mais comum, correspondendo a cerca de 90% de todos os casos de diabetes (Holman, Young, & Gadsby, 2015). Na DM tipo 2, a hiperglicemia surge em resultado dos distúrbios na ação e secreção da insulina, podendo qualquer uma delas ser predominante ou estarem ambas presentes no momento em que este tipo de diabetes se manifesta clinicamente (IDF, 2017).

As causas da DM tipo 2 não são completamente compreendidas, contudo há uma forte ligação com a obesidade e com o aumento da idade, bem como com a etnia e a história familiar (IDF, 2017). Neste âmbito, são apontados como fatores de risco modificáveis o excesso de peso, dieta e nutrição inadequadas, inatividade física, tolerância à glicose diminuída, tabagismo e história pregressa de DM gestacional com exposição do feto a níveis elevados de glicose no sangue durante a gestação (IDF, 2017). O diagnóstico da DM tipo 2 é de difícil determinação, dado o facto do indivíduo permanecer assintomático durante vários anos, sendo que muitas vezes o diagnóstico surge aquando o aparecimento das complicações da hiperglicemia crónica nomeadamente úlcera no pé, alteração de visão, insuficiência renal ou infeção (IDF, 2017). Especificamente na DM tipo 2 o risco de vir a desenvolver doença cardiovascular aumenta 30 a 40%, sendo que 30% da população com este tipo de DM possui uma ou mais complicações (ADA, 2016; Powers et al., 2015). Embora este tipo de diabetes seja mais comum em adultos mais velhos, é cada vez mais frequente em crianças, adolescentes e adultos jovens face ao aumento da obesidade, inatividade física e má alimentação (IDF, 2017).

Quanto ao panorama mundial, o IDF (2015), aponta que 415 milhões de pessoas têm DM e outros 318 milhões estão em risco de a desenvolver, estimando-se que em 2040 esse número ascenda a 642 milhões. Especificamente na Europa, estima-se que 8,5% da população adulta possui DM, com taxas de prevalência nacionais dos estados membros a variar entre 2,4% e quase 15%, sendo que nesta análise comparativa, Portugal, ocupa o quarto lugar no *ranking* com 9,57% (IDF, 2014).

De acordo com a SPD (2016), em 2015 a prevalência estimada da DM na população portuguesa entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de utentes), foi de 13,3%, ou seja mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes e mais de um quarto da população com idades compreendidas entre os 60-79 anos tem DM, pelo que se constata um forte aumento da sua prevalência com a idade. Contudo, dessa proporção 5,8% da população permanece não diagnosticada. A mesma entidade aponta ainda a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência entre homens (15,9%) e mulheres (10,9%).

A DM constitui uma das doenças não transmissíveis mais comuns e o aumento da sua prevalência está a ter um impacto negativo na sustentabilidade dos sistemas de saúde em todo o mundo (ADA, 2016). Além do sofrimento humano que as complicações relacionadas com a

doença causam na pessoa e nos seus familiares, os seus custos económicos são elevados e abrangem os cuidados de saúde, a perda de rendimentos e os custos económicos para a sociedade em geral, tais como a perda de produtividade e os custos associados às oportunidades perdidas para o desenvolvimento económico (Handelsman et al., 2015; SPD, 2016). As complicações inerentes à DM afetam a qualidade de vida dos portadores (Saleh, Mumu, Ara, Hafez, & Ali, 2014) e aumentam o risco de eventos negativos, tais como episódios de emergência, hospitalização e a morte, influenciando os custos de saúde e a sustentabilidade do sistema (Fernandes et al., 2016). Por estes motivos, se entende que as pessoas com DM usem os recursos de saúde duas vezes e meia mais do que as pessoas sem DM (WHO, 2010).

A este respeito, em Portugal os custos com a DM são avultados, sendo que em 2014 representou um custo direto estimado entre 1300 – 1550 milhões de euros (valor similar ao ano anterior), correspondendo a 0,7-0,9% do valor do PIB português e 8-10% da despesa em saúde no ano de 2015. Noutra perspetiva se considerarmos o custo médio das pessoas com DM, este representou no ano de 2015, um custo de 1 936 milhões de euros para todos os indivíduos com DM entre os 20-79 anos, 1% do PIB português e 12% da despesa em saúde (SPD, 2016).

## **2.2. A Pessoa e a família com Diabetes *Mellitus* Tipo 2**

Considerando os aspetos epidemiológicos da DM abordados no subcapítulo anterior, o envelhecimento populacional verificado na atualidade e o facto de a maioria das pessoas com DM viverem com os seus familiares, é fundamental e urgente que se considere a família como um suporte de interação e relação mútua e como estratégia de cuidados para os seus membros.

A experiência de viver com DM é considerada por Nicolucci et al. (2013) um evento causador de stresse crónico para o portador e famílias, afetando vários domínios da vida e na opinião de Burns et al. (2013) a DM tipo 2 afeta os membros da família de forma diferente, podendo por um lado potenciar a coesão familiar ou por outro causar stresse psicológico.

Face a um indivíduo portador de doença crónica, como é o caso da DM, o foco não pode centrar-se unicamente na doença e no seu portador, uma vez que estes fazem parte de um universo muito maior, complexo e dinâmico que é a família, cujas relações e interações acontecem através de um complexo mecanismo de retroalimentação em que o todo influencia as partes e as partes o todo. Para Wright e Leahey (2012), a totalidade da família é muito mais que o simples somatório de cada membro, reforçando que os indivíduos são mais bem compreendidos quando integrados num contexto maior - a família. Neste sentido, Burns et al. (2013) acrescentam que a DM é uma condição familiar que induz a uma adaptação/reorganização familiar pelas exigências que impõe. Com efeito, a vivência da DM quebra a harmonia orgânica e, muitas vezes, transcende a pessoa

do portador, interferindo na vida familiar e comunitária, afetando o seu universo de relações (Péres, Santos, Zanetti, & Ferronato, 2007).

Numa outra perspectiva conceitual e esclarecedora da experiência de viver com a DM, Meleis (2010) refere que, quer ao nível individual, quer ao nível familiar, as mudanças que ocorrem nas funções de identidade, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento constituem transições, ou seja a passagem de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável requer por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do *self*.

Ao validar-se que a família influencia de forma marcada o comportamento de saúde dos seus membros e que o estado de saúde de cada indivíduo influencia o modo como a unidade familiar funciona, se depreende que a família é uma organização central que pode ajudar ou não, a pessoa com DM na gestão da doença e a alcançar as metas do seu tratamento (Wright & Leahey, 2012).

Silva (2007), afirma que no contexto familiar face ao diagnóstico de DM tipo 2 acontece a redefinição de papéis na organização hierárquica do sistema familiar para garantir os cuidados e a manutenção do sistema para a sua funcionalidade estrutural, troca esta verificada entre cônjuges, filhos, netos ou outros subsistemas parentais em função do envolvimento afetivo e do grau de conhecimento sobre a doença. Além disso, envolve frequentes adaptações na dinâmica de relações da estrutura familiar pela necessidade de garantir cuidados, pelo significado atribuído à doença e necessidade de melhor conhecê-la, pelos vínculos estabelecidos com os profissionais de saúde possibilitando-lhes mais fácil acesso aos serviços e inserção do cuidado no contexto familiar na sua totalidade e não individualizado ao portador de DM, do suporte de apoio social, de melhores recursos financeiros para o tratamento da doença e de atividades de desporto e lazer.

Samuel-Hodge, Cene, Corsino, Thomas, e Svetkey (2013) referem que as famílias fazem dois tipos de ajustes para viver com DM, ajustes relacionados aos papéis familiares e ao ambiente alimentar familiar, principalmente quando os padrões tradicionais são considerados como inconsistentes para a gestão da DM, porém as dificuldades na comunicação familiar são uma realidade, pela confusão e consequentes conflitos que podem surgir na adoção de novos papéis.

Burns et al. (2013) afirmam haver um efeito substancialmente negativo no bem-estar emocional dos familiares, ao concluírem que em algumas famílias a obrigação de suporte do familiar com DM constitui uma experiência penosa, preocupante, frustrante e angustiante, pelas complicações a curto e longo prazo e por não terem o conhecimento de como ajudar a pessoa com quem vivem. Wray (2007), acrescenta ainda, que toda esta condição potencia a sua vulnerabilidade. Por outro lado, há também referências do impacto positivo nos familiares de pessoas com DM, na medida em que promove a adoção de uma alimentação saudável, a prática de exercício físico, e a realização de lidar com os desafios do controlo da DM (Burns et al., 2013).

As interações que ocorrem entre utentes com DM e a família, desempenham um importante papel na manutenção das mudanças de estilo de vida e na otimização da autogestão da DM e controlo metabólico, pelo que o suporte construtivo disponibilizado pela família no que se refere ao planeamento de refeições, lembretes de medicação, controlo de glicémia e atividade física influencia a habilidade para a adoção das atividades do autocuidado e o bem-estar do utente com DM e família (Costa, Graça Pereira, & Pedras, 2012; Dalton & Matteis, 2014; Gallant, Spitze, & Prohaska, 2007; Gunn, Seers, Posner, & Coates, 2012; Jones et al., 2008; Karlsen, Oftedal, & Bru, 2012; Oftedal, 2014; Rosland, Heisler, Choi, Silveira, & Piette, 2010).

A este respeito, Miller e Dimatteo (2013), referem que embora o mecanismo preciso pelo qual o suporte social contribui para os resultados de saúde ainda não seja completamente compreendido, alertam no entanto, que o apoio social pode beneficiar a saúde dos indivíduos, amortecendo o stresse, alterando estados afetivos, aumentando a autoeficácia e influenciando a mudança nos comportamentos negativos para a saúde (Anderson, Wojcik, Winett, & Williams, 2006; Dimatteo, 2004; Mayberry, Egede, Wagner, & Osborn, 2015). Também Baig et al. (2015) encontram evidências de melhoria nos sintomas depressivos, no desconforto, na qualidade de vida, na autoeficácia, no apoio social percebido, no conhecimento, nos comportamentos de autocuidado e hábitos alimentares inerentes à autogestão da DM.

Neste âmbito, os membros da família constituem importantes fontes de suporte instrumental no acompanhamento às consultas médicas (Rosland & Piette, 2010), ou lembrando/ajudando a pessoa a realizar um determinado comportamento (Tang, Brown, Funnell, & Anderson, 2008) e suporte emocional quando disponibilizam conforto e encorajamento nas situações de sofrimento/angústia ou frustração (Wagner et al., 2001) ao longo do tratamento da DM.

Por outro lado, a família pode adotar comportamentos perturbadores ao potenciar conflitos relacionados com os hábitos alimentares, o exercício físico ou a medicação, constituindo barreiras à efetiva autogestão da DM (Mayberry & Osborn, 2014; Lindsay Satterwhite Mayberry & Osborn, 2012; Jones et al., 2008; Rosland et al., 2008; Gallant et al., 2007). Com efeito, há evidências de que a falta de suporte nas atividades de autocuidado pode impedir os esforços do utente na implementação das necessárias mudanças comportamentais (Mayberry, Egede, Wagner, & Osborn, 2015).

No que se refere às estratégias adaptativas, Bennich et al. (2017), na revisão integrativa efetuada concluem que ser capaz de comunicar, ajudar e compartilhar a responsabilidade são consideradas interações de suporte, por outro lado a pressão, a crítica e a repreensão contrariam esse efeito, sendo que as primeiras diminuem o stresse, melhoram a interação familiar e por conseguinte aumentam a adesão (August, Rook, Franks, & Stephens, 2013; August & Sorkin, 2010) e as segundas contrariamente promovem o sofrimento, a ansiedade e a baixa autoestima, pois um comportamento forçado induz a uma resposta emocional negativa sem um efeito positivo nesse âmbito (August & Sorkin, 2010; Dashiff, Hardeman, & McLain, 2008; Gallant et al., 2007). A este respeito Rosland et al. (2012) acrescenta ainda que o incentivo por parte da família à



autoconfiança, autonomia e realização pessoal para a pessoa com doença, bem como a coesão familiar, associam-se a melhores resultados de saúde e tal como o estudo anterior para além do anteriormente referido os comportamentos familiares que enfatizavam o controlo e a superproteção associam-se a resultados negativos.

Apesar de se verificar esta dualidade de influências na interação familiar a associação entre comportamentos familiares de apoio e obstrutivos é positiva, uma vez que realça o envolvimento dos membros da família no autocuidado, contudo podem não estar capacitados para o desempenho desse papel (Lindsay S. Mayberry & Osborn, 2014; Rosland et al., 2010).

O desenvolvimento de intervenções para a abordagem da pessoa com DM, com o apoio da família é parte integrante da manutenção dos comportamentos de autogestão e da melhoria dos resultados de saúde dos indivíduos com DM tipo 2 (Pamungkas, Chamroonsawasdi, & Vatanasomboon, 2017).

### **2.3. A intervenção do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico do utente com Diabetes *Mellitus* Tipo 2**

A adesão ao regime terapêutico da DM tipo 2 é complexa, uma vez que esta não se limita apenas a tomar medicação. O regime terapêutico da DM tipo 2 e a consequente manutenção do controlo metabólico compreende o uso de antidiabéticos insulínicos e/ou não insulínicos (em escalada progressiva, segundo norma de orientação da Direcção-Geral da Saúde (Ministério da Saúde, 2011), e/ou apenas a mudança comportamental relativa aos hábitos de vida (Faria, 2008).

As recomendações clínicas referem-se ao autocuidado como um elemento fundamental para prevenir complicações da doença, para manter a saúde e a qualidade de vida ao longo do tempo (ADA, 2016; Powers et al., 2015).

De acordo com (OE, 2011a), em linguagem CIPE autocuidado é definido como uma atividade executada pelo próprio a fim de tratar do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária. Ausili, Masotto, Ora, Salvini, & Mauro (2014), definem-no como um processo de desenvolvimento, através do qual as pessoas assumem a responsabilidade consciente pela sua própria saúde, a fim de a promover evitando o que pode prejudicá-la. Este processo de desenvolvimento da saúde é realizado na vida quotidiana pelos indivíduos, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar através de comportamentos e atividades saudáveis. Refere-se ao potencial de alguém para atender às necessidades, metas e problemas de saúde para melhorar a capacidade funcional, independência e satisfação e prevenir a disfunção, a deficiência e a dor (Ausili et al., 2014; Riegel, Jaarsma, Strömberg, & Steinbright, 2012).

Segundo Tomky et al. (2008), os comportamentos de autocuidado na DM incluem alimentação saudável, atividade física, monitorização glicémica, adesão ao regime medicamentoso, resolução de problemas, *coping* saudável e redução do risco através da cessação tabágica e vigilância do pé, e que quando adotados fazem prever bons resultados ao nível do controlo metabólico. A este respeito e em relação à alimentação saudável estudos indicam que esta surge associada a melhores níveis de HgA1c, uma vez que é percebida de forma consciente como particularmente relevante para o controlo metabólico da DM tipo 2 (Nicolucci et al., 2013; Powers et al., 2015; Yang, Hsue, & Lou, 2015). Quanto à medicação, níveis mais elevados de adesão à medicação apresentaram níveis mais baixos de sofrimento na DM, uma vez que a adesão à medicação constitui um importante determinante no sofrimento relacionado com a DM e este por sua vez na qualidade de vida, ou seja maior adesão à medicação, menos sofrimento e por conseguinte melhor qualidade de vida (Jannoo, Wah, Lazim, & Hassali, 2017). No que se refere à prática de exercício físico, há evidências de que está associada a melhores níveis de HbA1c (Ausili et al., 2017), menor IMC (Ausili et al., 2017; Dixon et al., 2014; Ouyang et al., 2015), menos complicações (Adepoju et al., 2014; American Diabetes Association (ADA), 2016; Ausili et al., 2017; Lunes et al., 2014; Tol et al., 2012) e melhor perceção de qualidade de vida (Ausili et al., 2017; Kueh, Morris, Borkoles, & Shee, 2015; Kueh, Morris, & Ismail, 2017). Ainda neste âmbito e em relação aos comportamentos de autocuidado relacionados com os cuidados com os pés e monitorização de glicémia, estes surgem associados a uma menor qualidade de vida (Ausili et al., 2017; Bonner, Foster, & Spears-Lanoix, 2016; Kueh et al., 2017), a uma HgA1c mais elevada e a mais complicações relacionadas com DM, sugerindo que os indivíduos adotam estes comportamentos apenas quando uma ou mais complicações já estão presentes ou têm potencial para se desenvolverem num futuro próximo (Ausili et al., 2017).

Apesar das evidências do impacto significativo da adoção de comportamentos de autocuidado no controlo metabólico da DM tipo 2, é consensual na literatura que as pessoas aderem de forma diferente às recomendações para o autocuidado.

Com efeito, importa antes referir que a adesão ao autocuidado constitui um fenómeno multidimensional e é entendido como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa, no que se refere, entre outras coisas, à toma de medicação, ao seguimento de uma dieta ou à alteração de hábitos e estilos de vida, corresponde ao que lhe é recomendado pelos profissionais de saúde (WHO, 2003).

A WHO (2003), refere que o comportamento de adesão da pessoa com DM se encontra mediado por quatro grandes grupos de fatores, são eles a especificidade do tratamento e da doença (complexidade do tratamento, duração da doença, sistema e equipa de saúde), as características intrapessoais (idade, género, autoestima, autoeficácia, stresse, problemas emocionais), as características interpessoais (relação com a equipa de saúde, suporte social) e a relação ambiente/pessoa (urbanização, sedentarismo e mudança generalizada na oferta de alimentos).

Numa perspectiva mais atual Nam, Chesla, Stotts, Kroon, e Janson (2011), na revisão sistemática efetuada encontraram significativas evidências de múltiplas barreiras relacionadas com o indivíduo (adesão, crenças, atitudes, conhecimento, etnia/cultura, comunicação, recursos financeiros, comorbidades e suporte social) e com os profissionais de saúde (não seguir *guidelines* de tratamento, crenças, atitudes, conhecimento, interação e comunicação utente-profissional de saúde e o sistema de saúde), na gestão da DM e que as mesmas são multifatoriais e interdependentes podendo, em função do contexto, comportar-se neste âmbito como mediadoras ou moderadoras.

No que respeita à adesão ao regime medicamentoso os estudos apontam que ser jovem (Curkendall, Thomas, Bell, Juneau, & Weiss, 2013; Kirkman et al., 2015; Pirdehghan & Poortalebi, 2016) ser mulher, viver em meios menos favorecidos, maiores efeitos secundários da medicação, presença de comorbidades (insuficiência renal) (Curkendall et al., 2013; Kirkman et al., 2015) menor literacia, menores rendimentos, custos elevados com medicação, menor tempo de diagnóstico (Parajuli, Saleh, Thapa, & Ali, 2014; Pirdehghan & Poortalebi, 2016), prescrição eletrónica de medicação e prescrição por não especialistas de endocrinologia (Kirkman et al., 2015), ser solteiro, menor apoio familiar e dificuldade de acesso aos medicamentos (Pirdehghan & Poortalebi, 2016) possam reduzir a adesão ao regime medicamentoso.

Relativamente à adesão ao regime não medicamentoso a idade e o género interferem na adoção de comportamentos relacionados com os cuidados com os pés (mais velhos mais aderentes), monitorização de glicémia (mulher mais aderente) (Abubakari, Cousins, Thomas, Sharma, & Naderali, 2016) e alimentação saudável (mulher menos aderente) (Parajuli et al., 2014).

Fatores relacionados com o *status* de emprego, tipo de DM, percentagem de HbA1c, estado de neuropatia e categoria do regime medicamentoso na opinião de Abubakari et al. (2016) explicam as variações na adesão aos comportamentos de autocuidado no global.

A adesão às recomendações da dieta e exercício é melhor em indivíduos inseridos em famílias nucleares, pertencentes à classe média alta ( Parajuli et al., 2014; Howteerakul, Suwannapong, Rittichu, & Rawdaree, 2007), com melhores níveis de conhecimento, com história familiar de DM tipo 2 (Parajuli et al., 2014) e em meios rurais (Mumu, Saleh, Ara, Afnan, & Ali, 2014).

Nas conclusões de Walker, Gebregziabher, Martin-Harris, e Egede (2015), os determinantes sociais aparecem significativamente associados ao autocuidado na DM, sendo que um melhor comportamento de autocuidado surge fortemente associado a um menor sofrimento psicológico, a um maior suporte social e a uma maior autoeficácia, mais do que os fatores socioeconómicos. Holt et al. (2013), corroboram esta evidência ao concluírem que os problemas psicossociais decorrentes da DM constituem barreiras aos comportamentos de autogestão e que os recursos de saúde existentes nos países europeus em análise não estão preparados para responder às necessidades emocionais.

A percepção de autoeficácia surge nas evidências científicas como um forte preditor de adesão às recomendações da dieta, exercício físico, monitorização de glicémia e cuidados com os pés e que quanto maior o tempo de diagnóstico maior a percepção de confiança na autogestão da DM (Abubakari et al., 2016; Al-Khawaldeh, Al-Hassan, & Froelicher, 2012; Karimy, Araban, Zareban, Taher, & Abedi, 2016), uma vez que quanto maior a autoeficácia, maior a probabilidade de continuar a realizar o comportamento de autocuidado sugerido em diferentes situações, melhorando a adesão ao mesmo e por conseguinte o controlo metabólico (Berg et al., 2011; Clar et al., 2010).

Para além da autoeficácia, outros aspetos ao nível das crenças em saúde são apontados como preditores do comportamento de adesão, tais como a percepção da gravidade da doença, dos benefícios e das barreiras ao autocuidado. Neste âmbito Harvey e Lawson (2009) e Karimy et al. (2016) referem que os indivíduos com uma maior percepção da gravidade da doença são mais aderentes ao autocuidado, ou seja quanto maior a percepção do risco que a DM representa para a vida e da gravidade das suas complicações maior é a adesão às atividades do autocuidado. No que se refere à percepção dos benefícios e das barreiras, as evidências revelaram que os indivíduos com melhor percepção dos benefícios relativos aos aspetos do autocuidado mostraram-se mais aderentes ao mesmo, e quanto maior a percepção das barreiras ou seja dos impedimentos para a realização do autocuidado menor ele é verificado (Karimy et al., 2016).

Relativamente às questões apontadas aos profissionais de saúde e sistemas de saúde as suas especificidades são apontadas como barreiras ao controlo glicémico, nomeadamente a existência ou não de *guidelines* para a gestão da DM e a sua monitorização de implementação (IDF, 2014), qualificação dos profissionais na área da DM, sistema de referenciação para outras especialidades, sistema de remuneração dos profissionais (Holt et al., 2013), cuidado desintegrado e acesso limitado (Mc Hugh, Perry, & Bradley, 2013; Raaijmakers et al., 2013), falta de incentivos financeiros, falta de recursos humanos, aumento da carga de trabalho e constrangimentos de tempo (O'connor et al., 2013).

No que diz respeito à realidade portuguesa, Laranjo et al. (2015), identificou como barreiras ao autocuidado (alimentação saudável, exercício físico e monitorização de glicémia) a falta de motivação, autocontrolo, conhecimento, custos com a alimentação saudável, comorbidades (fadiga e dores) e suporte social, sendo que a família e as interações sociais são maioritariamente consideradas facilitadores na adoção dos comportamentos de autocuidado, contudo podem apresentar-se como barreiras quando sabotam os esforços nesse sentido.

O sucesso do regime terapêutico a longo prazo e o consequente controlo metabólico, depende em grande parte da adesão e do compromisso do indivíduo em tomar a medicação e em fazer mudanças de estilo de vida (Saleh et al., 2014). Com efeito, uma gestão do regime terapêutico comprometida está claramente associada a um pior controlo glicémico (Feldman et al., 2014), aumentando o risco de internamentos, complicações e de morte (Currie et al., 2012).

Embora a adesão ao regime terapêutico na DM vise a melhoria da qualidade de vida, reduzindo a morbilidade e a mortalidade que lhe estão inerentes a extensão dos seus benefícios é limitada face à não adesão (Saleh et al., 2014; WHO, 2003).

Apesar da gravidade da doença poder influenciar a adesão ao regime terapêutico, reconhece-se a universalidade da não adesão, sendo que a não adesão ao tratamento das doenças crónicas chega aos 50% ou mais, condicionando a economia, o bem-estar e a qualidade de vida da sociedade. É referido que, de entre as doenças crónicas que apresentam as taxas de adesão ao regime terapêutico mais baixas se destaca a DM (Boas et al., 2011; WHO, 2003).

Frequentemente a adesão surge descrita como uma variável dicotómica, adesão versus não adesão, contudo o termo pode variar ao longo de uma escala contínua de 0 a 100%, principalmente em pessoas que utilizam diferentes estratégias de tratamento (Faria, 2011). Para Gimenes, Zanetti, e Haas (2009), de um modo geral a adesão pode ser entendida como a utilização de medicamentos ou outros procedimentos em pelo menos 80% do seu total, tendo em conta o cumprimento dos horários, doses e tempo de tratamento.

Em estudos de análise da não adesão a alimentação saudável surge descrita como o comportamento de autocuidado com maior não adesão, cujas proporções se situam em 44,8% (Saleh et al., 2014), 88% (Mumu et al., 2014), 76,8% (Hankó et al., 2007). e 64,3% (Serour, Alqhenaei, Al-Saqabi, Mustafa, & Ben-Nakhi, 2007). No que se refere a outras atividades do autocuidado a extensão é menor, contudo ainda considerável, sendo na monitorização de glicémia 37% (Saleh et al., 2014), 32% (Mumu et al., 2014), 17,2% (Martínez, Prado-Aguilar, Rascón-Pacheco, & Valdivia-Martínez, 2008) e 33,7% (Hankó et al., 2007). Para a prática de exercício físico as proporções identificadas são 33,2% (Saleh et al., 2014), 25% (Mumu et al., 2014), 67% (Hankó et al., 2007) e 64,3% (Serour et al., 2007). Quanto aos hábitos tabágicos e após aconselhamento de cessação tabágica, 37,2% (Saleh et al., 2014) e 14,8% (Hankó et al., 2007), mantiveram-se não aderentes a esta dimensão do autocuidado. Por fim relativamente à toma da medicação os estudos evidenciam que 20% não aderem aos antidiabéticos orais e 6,6% à insulina (Saleh et al., 2014) e 52,1% não adere a qualquer tipo de medicação (Hankó et al., 2007).

No que respeita à prevalência da adesão ao regime terapêutico, Coyle, Francis, e Chapman (2013) e Nicolucci et al. (2013) identificam que a adesão à medicação se apresenta como sendo a atividade de autogestão mais comumente realizada pelas pessoas com DM e que a monitorização de glicémia, a modificação dos hábitos alimentares, o aumento dos níveis de atividade física e os cuidados aos pés foram realizadas em diferentes níveis para controlar a DM, o que faz perceber que as mudanças de estilo de vida representam uma grande dificuldade para as pessoas, especialmente quando se trata de seguir uma dieta e praticar exercício físico. Loon et al (2008) e Correia, (2007) com as suas evidências corroboram estas conclusões.

Funnell (2010) defende que na gestão da doença crónica e em particular na diabetes as tomadas de decisão levadas a cabo pelos utentes portadores têm mais impacto no seu potencial de saúde

e bem-estar do que aquelas desencadeadas pelos profissionais e por conseguinte estas, estão mais fortemente associadas à não adesão.

A identificação e a compreensão das barreiras percebidas, constituem na opinião de Nam, Chesla, Stotts, Kroon, e Janson (2011) e Mumu et al. (2014), o primeiro passo para garantir a adesão aos padrões de cuidados e a autogestão do indivíduo com DM. A este respeito (Raposo, 2017), defende também que resolver os problemas relacionados a cada um desses fatores é necessário para melhorar a adesão ao regime terapêutico, o que significa que é fundamental identificar a melhor intervenção que inclua o indivíduo e a perspectiva deste.

Neste âmbito, o Modelo de Cuidados na Doença Crónica, constitui uma nova estratégia sistematizada de prestação de cuidados na DM e que está a ser continuamente introduzida em todo o mundo para melhorar o controlo da doença (ADA, 2017). O modelo representa um método para reestruturar os cuidados de saúde através de interações entre sistemas de saúde e comunidades (CIE, 2008; Stellefson, Dipnarine, & Stopka, 2013) e o seu foco essencial é melhorar o uso de recursos existentes, criar novos recursos e promover uma nova política de interação entre utentes mais esclarecidos e capacitados e equipas de saúde melhor preparadas e proativas (Coleman, Austin, Brach, & Wagner, 2009).

Esta abordagem integrada para o cuidado da pessoa com DM, destaca a importância de um cuidado centrado na pessoa com DM e sua família, definido como um cuidado respeitador e responsivo às suas preferências, necessidades e valores individuais, continuamente em todo o processo de tomada de decisão (ADA, 2017).

A DM exige que a pessoa tome múltiplas decisões diárias relacionadas com a autogestão e realize atividades de cuidados complexas. Neste âmbito, e por forma a garantir o cumprimento das *guidelines* apontadas anteriormente, os programas de educação e o apoio para a autogestão na DM proposto por Powers et al. (2015), fornecem a base para orientar as pessoas com diabetes na tomada de decisão e nas atividades de autocuidado, programas estes que demonstram evidências consistentes na melhoria dos resultados em saúde, uma vez que para além de reconhecerem o utente como elemento central, há comprometimento mútuo e responsabilidade partilhada (Brunisholz et al., 2014; Duncan et al., 2009; Fan & Sidani, 2009; Steinsbekk, Rygg, Lisulo, Rise, & Fretheim, 2012; Weaver et al., 2014).

Powers et al. (2015), referem que os programas de educação e apoio para a autogestão na DM facilitam o conhecimento, competências e capacidades necessárias para a realização do autocuidado ideal e promovem o suporte necessário para implementar e sustentar as habilidades de enfrentamento e os comportamentos necessários para a autogestão contínua. Este processo baseado na evidência científica e ao considerar as necessidades, os objetivos e as experiências de vida da pessoa com DM e outros fatores que influenciam a capacidade de cada um para atender aos desafios de autogestão, vem promover comportamentos de autocuidado, a tomada de decisão informada, a resolução de problemas e a colaboração ativa da equipa de saúde num

caminho conducente a melhores resultados clínicos, estado de saúde e qualidade de vida de forma económica (Funnell et al., 2011; Powers et al., 2015).

O desenvolvimento de uma abordagem sistémica no cuidado à pessoa com DM tipo 2, que inclua o suporte da família/comunidade/pessoas significativas revela-se custo-efetiva e capaz de reduzir o risco de complicações (Baig et al., 2015), de melhorar os níveis de HbA1c em até 1% (García-Huidobro et al. 2011; Kluding et al., 2010; Mendenhall et al., 2010; Rosal et al., 2011; Tabasi et al. 2014; Tang et al. 2015), com efeito positivo na relação psicossocial (Aikens, Zivin, Trivedi, & Piette, 2014), autoeficácia (Hu et al. 2014; Rosal et al., 2011), melhoria de comportamentos relacionados com alimentação saudável e exercício físico (Keogh et al., 2011), no apoio percebido (Tabasi et al., 2014) e conhecimento e adesão à medicação e qualidade de vida (Tang et al., 2015), pelo que os programas que se concentrem apenas no indivíduo portador podem mostrar-se limitados na obtenção do seu melhor potencial de saúde.

Conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e da sua família, no decorrer do seu ciclo vital, promovendo a consciencialização de todos os intervenientes, das reais dificuldades/necessidades e adaptações exigidas pelas novas situações que geram instabilidade, vem garantir neste âmbito, um cuidado de enfermagem científico, partilhado, holístico e, por conseguinte, mais humanizado e facilitador do alcance de um processo de transição, como é o caso do diagnóstico e manutenção da DM, saudável (Meleis, 2010). Segundo Powers et al.(2015) os programas de educação e apoio para a autogestão na DM proporcionam benefícios importantes para os indivíduos durante um processo de transição, referindo que pode ser um recurso eficaz na promoção de transições saudáveis, pois através dele, profissionais de saúde, indivíduo, familiares identificam déficits, preocupações, recursos e pontos fortes no intuito de desenvolver planos de tratamento e autogestão práticos e realistas.

Com efeito, é importante que os enfermeiros, na relação terapêutica que estabelecem com a pessoa/família, promovam o processo de aceitação da doença, e facilitem os conhecimentos necessários para a sua compreensão de forma autónoma e participada em colaboração com a equipa de saúde, já que e de acordo com ERS (2011) o papel da enfermagem, é cuidar, motivar e educar otimizando a adesão ao tratamento clínico, a deteção precoce das complicações crónicas e o controlo glicémico.

O processo de gestão do regime terapêutico da DM, implica um contacto regular entre a pessoa e a equipa de saúde, focado na medicação, na dieta e nas mudanças de estilo de vida que deve adotar de modo a manter a sua condição afastada das complicações agudas e crónicas e da disrupção de vida, sendo que os modelos de intervenção clínica exigem maior poder de comunicação e de treino e educação dos prestadores e utentes (ERS, 2011).

Para tal, foi desenvolvido o Processo Assistencial Integrado da DM tipo 2 DGS (2013), com o intuito de colocar o cidadão, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema, garantindo a continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados,

a fim de que o doente receba os melhores cuidados de saúde, atempados e efetivos. Com efeito, são exigências para esse cuidado que a equipa multidisciplinar avalie todos os fatores que influenciam os hábitos de saúde, para intervir naqueles que são determinantes para os estilos de vida saudáveis, realize educação terapêutica e adapte o plano terapêutico e de monitorização clínica às características individuais da pessoa com diabetes, que incluem hábitos de vida (vida social, tempo de lazer, tabaco, álcool, intolerâncias, gostos/preferências, tipo, número e horário de refeições diárias), trabalho (horário, atividade física, deslocações); família (relações e apoio familiar), situação económica (equilíbrio financeiro), autocuidado e terapêutica (barreiras e/ou dificuldades) (DGS, 2013c). A mesma fonte reforça ainda, que a equipa multidisciplinar deve assegurar a educação terapêutica, fornecendo a informação e educação necessárias e adequadas para um maior conhecimento da diabetes e treino das capacidades necessárias para que o indivíduo colabore ativamente no seu controlo metabólico, o mais precocemente possível, de forma personalizada, ajustada e adequada ao longo do tempo (DGS, 2013c).

Na consulta de diabetes nos cuidados de saúde primários a equipa multidisciplinar deve reforçar a educação da pessoa com DM, particularmente nos aspetos relativos ao autocontrolo e autogestão da doença no que concerne à alimentação; atividade física, objetivos glicémicos e registo de parâmetros de controlo da diabetes (hemoglobina glicada), cuidados aos pés; vigilância oftalmológica, controlo da pressão arterial, controlo dos lípidos e esquema terapêutico, sendo que é definido com cada pessoa, as metas e objetivos individuais a atingir, bem como a terapêutica a implementar (Ministério da Saúde, 2013).

De acordo com Ministério da Saúde (2013), educar para a saúde e para a autogestão da doença, providenciada por uma equipa multidisciplinar, altamente diferenciada, acessível nos níveis de cuidados adequados e com tempos de acesso apropriados, permite elevar os padrões de qualidade nos cuidados, melhorar os indicadores clínicos, diminuir a letalidade e da morbilidade atribuível, com consequente incremento do grau de satisfação para a pessoa.

Em Portugal, nas unidades funcionais dos ACeS são desenvolvidas atividades de educação para a autogestão na DM centradas no utente e sua família, observando-se também apoio contínuo das equipas para que os ganhos concretizados pelos utentes como resultado da educação sejam de facto indicadores de que os cuidados são efetivos, mas avaliação é ainda incipiente, o que poderá explicar a falta de evidência científica que revele a relação entre a implementação e os resultados em saúde.

Em concordância com o seu mandato social e desempenho de papel na equipa de saúde, são especialmente os enfermeiros quem desenvolve com os utentes, planos de gestão do regime terapêutico que envolve orientações de diferentes profissionais, terapêutica medicamentosa, estilos de vida saudáveis e seguimento na consulta, reconhecendo o utente e sua família como centrais na tomada de decisão, desta forma os cuidados tornam-se mais efetivos, dado que implicam o comprometimento mútuo e responsabilidade partilhada nos resultados, constituindo um desafio para os utentes, suas famílias e para os enfermeiros.



De acordo com IOM (2011) os enfermeiros, pela sua perspetiva holística tradicional estão capacitados para promover o apoio ao autocuidado pelo que devem desempenhar um papel de liderança na gestão dessas intervenções educacionais sistemáticas focadas em preservar ou melhorar a realização de metas de saúde e autogestão de um utente diagnosticado com uma doença crónica, como a DM.

Decorrente da avaliação que os enfermeiros efetuam, quanto às dificuldades e constrangimentos na gestão do regime terapêutico, cabe ao enfermeiro construir com a pessoa e sua família um plano para melhorar a adesão, ajudando-os a integrar os diferentes aspetos do regime terapêutico e constituindo-os como parceiros e recursos (ICN, 2009)., do qual se destaca o enfermeiro de família, cujo modelo organizativo de cuidados é inquestionavelmente uma mais valia no âmbito da qualidade de cuidados prestados à população, com ênfase para a efetividade, proximidade e acessibilidade. Massimi et al. (2017) reforça este ganho em saúde ao sinalizar que as intervenções dirigidas à autogestão da pessoa desenvolvidas pelos enfermeiros no âmbito da comunidade e especialmente quando treinados para o efeito, têm impacto positivo na redução dos níveis de hemoglobina glicada, tensão arterial e LDL, em utentes com DM e doença cardiovascular.

Neste âmbito e considerando o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Família, este constitui-se como gestor e organizador de recursos com vista ao alcance de um mais elevado nível de autonomia, pelo que representa uma referência para cada família e um suporte qualificado, que em complementaridade funcional e numa perspetiva de intervenção em rede responde às suas necessidades reais e/ou potenciais. Assume-se portanto como importante elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

### **3. METODOLOGIA**

Após o estabelecimento dos fundamentos do estudo, neste subcapítulo apresenta-se o modo como a questão de investigação foi integrada no desenho de investigação indicando as atividades realizadas no decurso da mesma. Com efeito, para além de definir o tipo de estudo, são determinadas as variáveis em estudo, definidas a população e amostra, o tipo de intervenção, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos de recolha e análise de dados, bem como as questões éticas a serem salvaguardadas e os recursos necessários para concretizar a investigação.

#### **3.1. Tipo de estudo**

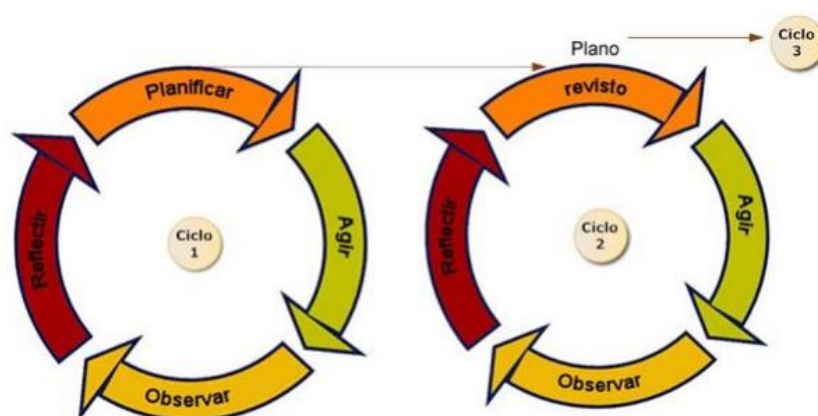
No presente estudo foi adotada uma metodologia de investigação quantitativa, que constituindo um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis possibilita de um modo estruturado, compreender o fenómeno de forma objetiva, num caminho conducente ao desenvolvimento e validação do conhecimento (Fortin, 2009).

Na tentativa de facilitar a operacionalização dos objetivos propostos para este estudo, optou-se por orientar o processo metodológico segundo os princípios de um ciclo inicial da metodologia de investigação-ação, uma estratégia alternativa de pesquisa cada vez mais utilizada no âmbito da saúde e na enfermagem, uma vez que, segundo Coutinho et al. (2009), esta metodologia se figura como a mais adequada à mudança, consciente e deliberada nos intervenientes face à evolução e inovação exigidas na atualidade, através de um conhecimento da prática e desenvolvimento de estratégias de melhoria da mesma e como tal e em concordância com o que defende Monteiro et al. (2010), constitui elemento favorável e útil nas investigações da área de enfermagem.

Na opinião de Coutinho et al. (2009), a metodologia de investigação-ação constitui uma metodologia de investigação que integra em simultâneo ação/mudança e investigação/compreensão num processo cíclico ou em espiral onde a ação e reflexão alternam entre si, tratando-se de uma metodologia de pesquisa, essencialmente prática e aplicada, orientada pela necessidade de resolver problemas reais, na qual é fundamental por parte do investigador uma exploração reflexiva da prática, com vista à resolução de problemas que nela emergem e sobretudo possibilitar a planificação e introdução de mudanças nessa mesma prática. Com efeito, esta proposta investigativa, proporciona segundo Monteiro et al. (2010) uma interação entre o pesquisador e o sujeito investigado, em que o conhecimento trazido pelo sujeito torna-se ponto de partida para a reflexão e reconstrução desse

conhecimento por meio de um processo participativo. A este respeito, Monteiro et al. (2010), refere que esta mais-valia ganha ainda mais relevo na prática de enfermagem, uma vez que a interação abordada anteriormente e que caracteriza este tipo de metodologia de investigação, qualifica a prática quotidiana das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, permitindo considerar o indivíduo na sua plenitude num diálogo aberto, participativo e reflexivo, assistindo-o de forma holística na qual a família e comunidade são incluídas, para além de procurar constantemente a transformação positiva dessa realidade.

Quanto à metodologia de investigação-ação, esta é constituída por um conjunto de procedimentos, sendo eles, planificação, ação, observação/avaliação e reflexão/teorização, que se desenvolvem de forma sequencial, contínua e circular, desencadeando por sua vez novas espirais de experiências de ação reflexiva, tal como se observa na Figura 2.



**Figura 2 - Espiral de ciclos da investigação-ação (Coutinho et. al, 2009, p.366)**

Assim, este tipo de metodologia não se restringe apenas a um único ciclo, antes se repete ao longo do tempo, uma vez que há necessidade por parte do investigador, de explorar e analisar todo o conjunto de interações ocorridas durante o processo, e proceder a reajustes na investigação do problema, com o intuito de obter mudanças nas práticas e possibilitar a sua melhoria (Coutinho et al., 2009). Embora, e de acordo com Coutinho et al. (2009), se reconheça a sua extraordinária capacidade de ativar a consciência crítica dos intervenientes com a implementação desta metodologia, por questões de limitação temporal o presente estudo desenrolou-se apenas num único ciclo de investigação-ação, nomeadamente planificação, ação, observação e reflexão, com o objetivo de compreender a influência da intervenção do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico nos utentes com DM tipo 2.

### 3.2. População e amostra

O presente estudo incidiu sobre a análise da adesão ao regime terapêutico, medicamentoso e não medicamentoso, em utentes com DM tipo 2, inscritos na UCSP Águeda V, integrada no ACeS Baixo Vouga - ARS Centro, com codificação ICPC (Classificação Internacional para os Cuidados de Saúde Primários) T:90, que corresponde ao diagnóstico de Diabetes Não Insulinodependente o que corresponde a um  $N= 857$ , ou seja 7,5% da totalidade da população inscrita na unidade funcional supracitada.

No que respeita à amostra, segundo Fortin (2009), esta constitui uma réplica em miniatura da população alvo que se estuda com o objetivo de tirar conclusões para a população de onde foi recolhida, o que no presente estudo e com o intuito de possibilitar a representatividade da população visada, num cálculo para amostra probabilística e admitindo um erro amostral de 5%, corresponderia a uma amostra de 271 utentes, em que  $n_0 = 1/(0.05)^2$ ,  $n_0=400$  e  $n=(843 \times 400)/(843+400)$ ,  $n=271^4$ , ou seja 31,6% do total da população. Contudo, derivado dos constrangimentos da duração temporal do estágio e do número de utentes inscritos na unidade onde foi realizado o estágio de natureza profissional, a amostra foi constituída de acordo com determinadas características conhecidas, pelo que se considerou um método de amostragem não probabilístico, accidental e por conveniência (Fortin, 2009), num total de 102 utentes.

Para a constituição da amostra em estudo foram considerados os seguintes critérios de inclusão: utentes adultos, inscritos e vigiados na UCSP de Águeda V, codificados com T:90 (diabetes não insulinodependente) na classificação ICPC até 29 de setembro de 2016, seguidos há pelo menos um ano, com pelo menos duas consultas no último ano uma em cada semestre e com capacidade cognitiva para manter diálogo e compreender as questões colocadas.

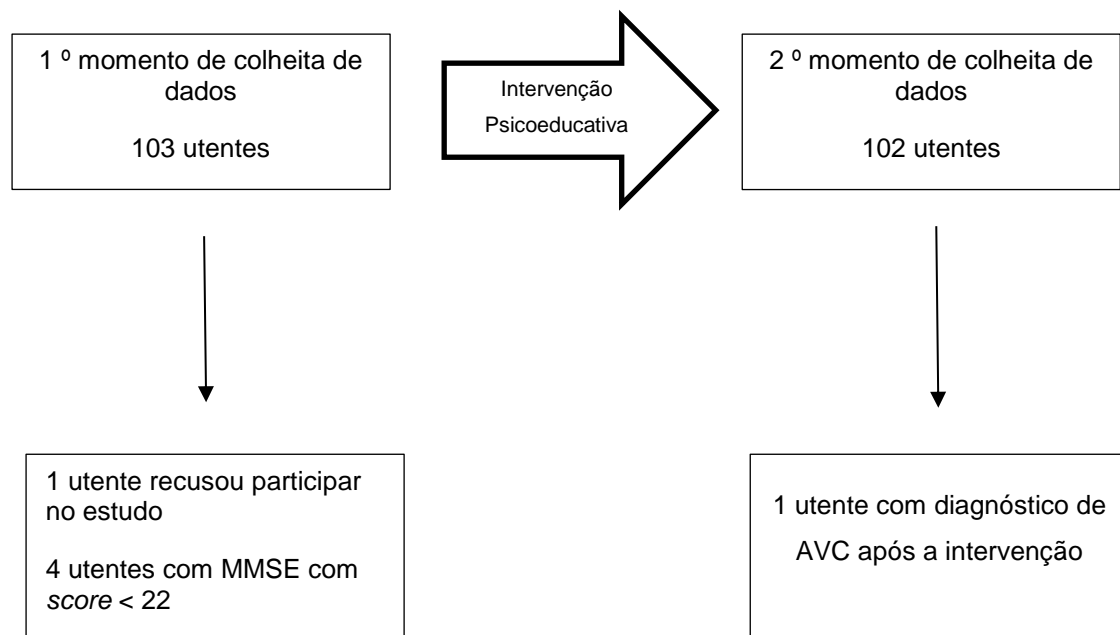
Quanto aos critérios de exclusão definidos para o estudo, estes prendem-se apenas com: utentes codificados com T:89 (diabetes insulino-dependente) na classificação ICPC e apresentar alterações mentais ou psicológicas diagnosticadas (segundo diagnósticos apresentados no sistema informático “SClínico” ou não ter capacidade cognitiva para a compreensão das questões (score de MMSE inferior a 22).

Como referido anteriormente a amostra foi constituída por 102 participantes que foram sendo incluídos no estudo à medida que se apresentaram na unidade para consulta de vigilância de diabetes, previamente agendada no período destinado à colheita de dados, cujo fluxograma de constituição se apresenta na Figura 3. Decorrente da análise da referida figura, é importante ressaltar que durante o período de colheita de dados, um indivíduo recusou participar no 1º momento de colheita de dados, quatro obtiveram score inferior a 22 pontos na aplicação do MMSE e um indivíduo foi eliminado da amostra do estudo por ter desenvolvido um acidente vascular cerebral, após ter respondido ao formulário no 1º momento de colheita de dados. Os

---

<sup>4</sup>  $n_0 = 1/(E_0)^2$ ,  $n = (N \times n_0) / (N + n_0)$

participantes incluídos no primeiro momento de colheita de dados, alvo de intervenção ou não, foram igualmente incluídos no segundo momento.



**Figura 3 - Fluxograma de constituição da amostra**

### **3.3. Procedimentos de recolha de dados**

A recolha de dados do presente estudo, foi efetuada em dois momentos distintos ao longo do estudo, a fim de possibilitar a concretização do ciclo inicial da investigação-ação, anteriormente referido.

No primeiro momento de colheita de dados procedeu-se a uma avaliação diagnóstica dos participantes no estudo, que incluiu para além da caracterização sociodemográfica e clínica a avaliação do nível de adesão ao regime terapêutico (medicamentoso e não medicamentoso) identificando os participantes “não aderentes” e em que dimensões do autocuidado essa não adesão se verificou especificamente. O segundo momento de colheita de dados, compreendeu apenas e exclusivamente a reavaliação do nível de adesão nos mesmos participantes do primeiro momento após a intervenção (abordada no subcapítulo seguinte). Previamente foi avaliada a capacidade cognitiva dos participantes no estudo de forma a garantir a fiabilidade das respostas dadas através da escala MMSE, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Guerreiro et al. em 1994 (Anexo I). O referido instrumento de avaliação cognitiva, possibilita o despiste de défice cognitivo, de acordo com o grau de escolaridade, através da avaliação de

subescalas, nomeadamente orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva, nas quais cada resposta correta equivale a um ponto e a pontuação total varia entre 0 e 30 valores, correspondendo este último ao melhor desempenho (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009). Contudo, face à melhoria no acesso à educação, uma evolução a nível social e económica e também dos cuidados de saúde e nutrição, Morgado et al. (2009) propuseram novos valores operacionais de “corte” do MMSE para a população portuguesa atual com uma consistência interna de valor moderado (alpha de cronbach de 0,464), sendo eles: 0 a 22 pontos para literacia de 0 a 2 anos, 22-24 pontos para literacia de 3 a 6 anos e 24-27 pontos para literacia igual ou superior a 7 anos. No presente estudo o objetivo não é distinguir indivíduos com declínio cognitivo de indivíduos saudáveis, mas sim identificar sujeitos que apresentem um desempenho muito inferior à média. Neste sentido e de acordo com os resultados obtidos por Morgado et al. (2009), constitui requisito obrigatório neste estudo, a obtenção de um *score* no MMSE igual ou superior a 22 pontos, uma vez que é a partir desse ponto de “corte” que se incluem os indivíduos que completaram o 1º e 2º ciclo escolar e que portanto sabem ler e escrever.

De seguida e a fim de avaliar as variáveis designadamente em relação aos objetivos propostos, procedeu-se à aplicação de um formulário constituído por cinco partes (Apêndice I), cujas partes que o compõem foram aplicadas na totalidade no primeiro momento do estudo de avaliação diagnóstica e no segundo momento foram aplicadas apenas a quarta e quinta parte para a avaliação do impacto da intervenção.

A primeira parte do formulário, por intermédio de nove questões visou caracterizar sociodemograficamente os utentes tendo em conta a idade, sexo, estado civil, agregado familiar e Classificação Social e Internacional de Graffar.

A segunda parte permitiu a caracterização clínica dos participantes do estudo através do valor de peso em quilogramas (Kg), estatura em metros (m), índice de massa corporal, tensão arterial em milímetros de mercúrio (mmHg), frequência cardíaca em pulsações por minuto (ppm), hemoglobina glicada em percentagem (% HgA1C), tempo de diagnóstico em anos e nº de consultas de enfermagem realizadas no último ano, informação esta obtida através do S.Clínico, com o consentimento livre e esclarecido prévio do participante, pela Srª Enfª Supervisora de estágio e que posteriormente a disponibilizou à investigadora.

A terceira parte, incluiu questões que se consideraram importantes para a caracterização da amostra nomeadamente, participação na definição do regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso, modalidade de regime terapêutico medicamentoso, internamentos por diabetes, presença de feridas no pé e ajuda da família e/ou amigos.

Salienta-se que as três primeiras partes que compõem o formulário foram submetidas a pré-teste em cinco indivíduos com características semelhantes à amostra em estudo, de modo a garantir se o vocabulário utilizado se se apresentou acessível e de fácil compreensão, se permitia a

obtenção da informação desejada e se o tempo de preenchimento era adequado relativamente ao tempo disponibilizado para o efeito.

A quarta parte correspondeu à aplicação da escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (AAD), denominada *The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure* (SDSCA), desenvolvida segundo Toobert, Hampson, e Glasgow (2000) por Toobert e Glasgow (1994), tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por Bastos, Severo, e Lopes (2007), cujo parecer de utilização pelos mesmos foi positivo (Anexo II). A escolha desta escala, prendeu-se com o facto de ser um instrumento de medida comumente utilizado na avaliação das atividades de autocuidado em utentes com DM adultos, sendo a adesão medida indiretamente através dos níveis do autocuidado, cuja consistência interna, avaliada para cada dimensão através do Coeficiente *Alpha* ( $\alpha$ ) de Cronbach, variou entre 0,68 e 0,36, pelo que demonstrou ser sensível à alteração do *status* do fenómeno (Bastos et al., 2007). A escala é constituída por 24 itens, agrupados em 7 dimensões, Alimentação Geral, Alimentação Específica; Atividade Física; Cuidado com os Pés; Medicamentos, Monitorização da Glicemia e Hábitos Tabágicos (Bastos et al., 2007). A avaliação é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7 (tipo *Likert*), correspondendo aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, sendo o zero a situação menos desejável e o sete a mais favorável com exceção nas dimensões Alimentação Específica e Hábitos Tabágicos. O *score* de cada dimensão oscila entre 0 a 7, formando-se o *score* por fator da média do número de dias dos itens que o constituem. Na dimensão Alimentação Específica as questões 2.1 a 2.6 devem ser recodificadas invertendo a pontuação: 0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0. Face à dificuldade de codificação da dimensão Monitorização da Glicémia, é proposto pelos autores da tradução e validação da escala que a sua avaliação seja efetuada pela concordância entre o primeiro e o segundo item que compõem esta dimensão. Os hábitos tabágicos foram considerados separadamente das restantes dimensões por estarem codificados de forma diferente, avaliando o nº de fumadores, o número de cigarros consumidos por dia e a distância temporal do último cigarro fumado. Acerca do instrumento, Boas et al. (2011), refere que é necessário um *score* mínimo de cinco pontos em cada dimensão para identificar uma mudança de comportamento, ou seja adesão, pelo que para a classificação dicotómica “não aderente/aderente” se assumiu o ponto de “corte” de 5 pontos, superior ou igual a 5 “aderente” e inferior a 5 “não aderente”.

A quinta e última parte, constituída pela escala de Medida Psicométrica de Adesão aos Tratamentos (MPAT), desenvolvida inicialmente por Morisky, Green, e Levine (1986) e traduzida e adaptada por Delgado e Lima (2001), cujo parecer de utilização foi favorável quanto à sua utilização neste trabalho de investigação (Anexo III). A referida escala é composta por sete itens e tem por objetivo avaliar o comportamento do utente em relação ao uso diário de medicamentos utilizando uma escala de *Likert* de seis pontos (que varia de sempre=1 a nunca=6). Delgado e Lima (2001) referem ainda que os resultados relativos à consistência interna nas diversas formas de resposta da escala de adesão parecem indicar que a medida de sete itens utilizada, com resposta na forma de escala de *Likert*, oferece uma consistência interna adequada para aceder

ao nível de adesão aos tratamentos, com uma amplitude de *alfa cronbach* que varia de 0.69 - 0.73, relativamente às concorrentes. O mesmo autor refere que os itens 1,2,3 e 4 foram adaptados de Morisky et al., (1986), os itens 5 e 6 foram adaptados de Ramalhinho (1994) e o item 7 foi adaptado de Shea et al., (1992). Os valores obtidos com as respostas aos sete itens são somados e divididos pelo número de itens, ou seja, variam de 1 a 6, sendo que os valores 5 e 6 são calculados como “um” (o que na escala original corresponde a aderente) e os demais são calculados como “zero” (não aderentes na escala original) originando um resultado dicotómico (aderente/não aderente) (Delgado & Lima, 2001).

Após a aplicação do formulário em cada participante do estudo, procedeu-se imediatamente no momento de colheita de dados à análise dos dados obtidos na quarta e quinta parte do mesmo, identificando as dimensões do autocuidado (à exceção da monitorização de glicémia e hábitos tabágicos por se referirem à adesão de forma diferente como abordado anteriormente) com não adesão, *scores* < 5,5 na escala de AAD e *scores* ≥ 5 na escala de MPAT. De seguida realizou-se uma intervenção psicoeducativa especificamente dirigida à dimensão do autocuidado com não adesão, apenas e se esta condição se verificar, com recurso ao Manual de Educação em Diabetes tipo 2 de Dias (n.d.), explicitada no subcapítulo seguinte. Depois deste primeiro momento, nomeadamente de colheita de dados e de eventual intervenção, procedeu-se ao agendamento de novo contacto de acordo com a disponibilidade do participante, com distância temporal de pelo menos quatro semanas para a realização da segunda avaliação. A escolha de um espaço temporal de pelo menos quatro semanas justifica-se pela conveniência da investigadora em cumprir os dois momentos de colheita de dados durante o período destinado ao estágio. Contudo, entendeu-se ser razoável esse espaço temporal, para que o participante tivesse oportunidade de melhorar o autocuidado.

É importante ainda salientar que a investigadora ao aplicar o formulário, apenas se limitou a clarificar dúvidas aos participantes sem influenciar a resposta destes, tentando criar um ambiente que não levasse os participantes a responder de acordo com o que creem ser esperado, nem emitir qualquer julgamento sobre práticas negativas para a saúde.

De forma a facilitar a correspondência dos participantes entre o primeiro e segundo momento de recolha de dados foi criado um código numérico por questionário e elaborada uma lista nominal (código, nome, data da colheita de dados primeiro momento, data da intervenção e data da colheita de dados segundo momento), protegida com palavra passe e à qual apenas a investigadora teve acesso.



### 3.4. Variáveis em estudo

Para concretizar os objetivos definidos para este estudo e por forma a dar resposta às questões de investigação formuladas, são descritas, no Quadro 2, as variáveis que foram operacionalizadas através do instrumento de colheita de dados.

**Quadro 2 - Variáveis em estudo**

<b>Tipo de Variáveis</b>	<b>Variáveis</b>
<b>Variáveis independentes</b>	Intervenção psicoeducativa do enfermeiro de família no desenvolvimento de estratégias para melhorar o conhecimento e capacidade para adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso.
<b>Variáveis dependentes</b>	Adesão ao regime terapêutico não medicamentoso, atividades de autocuidado: → Alimentação Geral e Específica; → Atividade Física; → Cuidado com os Pés; → Medicamentos; → Monitorização da Glicemia Capilar; → Hábitos Tabágicos; Adesão ao regime terapêutico medicamentoso
<b>Variáveis atributo</b>	Demográficas: Idade, Sexo Sociais: Classificação Social e Internacional de Graffar Clínicas: Peso, Estatura, IMC, Tensão arterial, Frequência cardíaca, HgA1c, Regime terapêutico medicamentoso, Tempo de diagnóstico, Presença de feridas no pé Outras: Estado civil, Nº consultas de enfermagem, Participação na definição do regime terapêutico, Internamentos por diabetes, Ajuda da família e/ou amigos.

### 3.5. Tipo de intervenção

A realização da intervenção proposta para o presente trabalho de investigação surgiu em função da análise da avaliação diagnóstica efetuada no primeiro momento deste estudo e dirigiu-se exclusivamente aos indivíduos identificados como “não aderente” nas dimensões em análise, ou seja, indivíduos com *scores* inferiores a 5 nas dimensões que compõem a escala AAD e *scores* inferiores a 5 na escala MPAT. É importante referir que especificamente para as dimensões Monitorização de Glicémia e Hábitos Tabágicos da escala AAD, por se referirem à adesão de

forma diferente, não foi possível estabelecer uma classificação de “aderente/não aderente”. Neste sentido, a intervenção dirigiu-se àqueles que, na dimensão da Monitorização de Glicémia não evidenciaram concordância entre o primeiro e o segundo item que compõem a mesma e na dimensão Hábitos Tabágicos àqueles que fumam.

Assim, a intervenção proposta baseou-se na educação terapêutica por dimensões do autocuidado, com vista à melhoria do conhecimento e capacidades, seguindo as orientações de Dias (n.d.), Manual de Educação em Diabetes tipo 2, ferramenta esta já amplamente utilizada pelos enfermeiros nas consultas de enfermagem, que se anexa a este relatório em formato digital (CD) (Anexo IV) e cujo parecer de utilização foi positivo (Anexo V). A referida proposta de intervenção para além de pretender ampliar os conhecimentos dos participantes em estudo sobre a sua doença, desenvolver habilidades para o autocuidado e estimular mudanças de comportamento, tem como objetivos: identificar dificuldades na adesão às dimensões do autocuidado; ensinar sobre alimentação saudável; adequar plano alimentar aos hábitos alimentares, necessidades nutricionais, estado fisiológico, padrão de exercício físico, regime terapêutico e condição socioeconómica; ensinar sobre padrão de exercício físico (formal ou informal) de forma estruturada e planeada; adequar plano de exercício físico às condições e objetivos de cada pessoa; ensinar sobre regime medicamentoso, abordando via de administração, armazenamento, posologia e efeitos secundários mais relevantes; ensinar sobre autovigilância, glicémia capilar e pés; ensinar sobre cuidados aos pés; promover cessação tabágica avaliando o consumo de tabaco e a motivação do fumador e sempre que se justifique o encaminhamento para consulta ou grupos específicos; envolver sempre que possível na educação terapêutica a equipa multidisciplinar, os gestores da saúde, os familiares e toda a comunidade.

Para potenciar a sua aplicação procedeu-se à sistematização dos ensinamentos a efetuar por dimensões de autocuidado em análise neste estudo (Apêndice II), cujos temas a abordar em cada dimensão de autocuidado se apresentam no Quadro 3.

É importante ressaltar que a referida intervenção se baseou num padrão inicial, porém aquando da sua implementação procurou-se a interação e envolvimento da pessoa na resolução de problemas considerando as suas necessidades biopsicossociais, culturais e espirituais.

**Quadro 3 - Principais temáticas por dimensão a abordar**

<b>Dimensão</b>	<b>Temas a abordar</b>
<b>Alimentação Geral</b>	Alimentação Saudável (completa, variada e equilibrada).
<b>Alimentação Específica</b>	Padrão/plano alimentar.
<b>Atividade Física</b>	Padrão de exercício físico; Padrão de repouso.
<b>Cuidados aos Pés</b>	Autovigilância dos pés;

	Cuidados a ter com os pés.
<b>Medicamentos</b>	Farmacocinética e Farmacovigilância; Efeitos secundários; Vias de administração; Conservação; Esquema posológico.
<b>Monitorização Glicémia</b>	Padrão automonitorização; Manuseamento de medidores; Hipoglicémia/hiperglicemia.
<b>Hábitos Tabágicos</b>	Complicações; Programa de cessação tabágica: hábitos, motivação; acompanhamento.

### 3.6. Procedimentos éticos

A necessidade de criar regras para regulamentar e controlar a investigação com seres humanos, surge pelo facto de os enfermeiros enquanto investigadores centrarem a sua atuação no Homem e na sua resposta às situações de saúde/doença. As limitações daí decorrentes devem ser encaradas como uma efetiva proteção da pessoa e não como um entrave ao desenvolvimento científico, uma vez que este só é pertinente quando é colocado ao serviço do Homem, garantindo sempre o pleno respeito pela sua dignidade (Martins, 2008). Esta premissa ganha ainda mais enfoque, quando se considera que a enfermagem, como ciência humana tem preocupações acrescidas com o bem-estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pelos direitos e integralidade das pessoas (Nunes, 2013), ao longo de todo o processo de investigação nomeadamente, desde a escolha do tema, do tipo de estudo, dos participantes bem como a recolha e interpretação dos dados (Fortin, 2009).

De acordo com Helzemer (2003) são quatro os princípios éticos que devem guiar a investigação, nomeadamente o da beneficência, fazer o bem para o próprio participante e para a sociedade – pessoa humana, o da não maleficência não causando dano avaliando os riscos possíveis e previsíveis, o da fidelidade estabelecendo confiança entre o investigador/participante do estudo e o da justiça, garantindo a equidade e não prestando apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro.

Considerando estes princípios éticos, previamente à aplicação do estudo, solicitou-se autorização para a aplicação do estudo à Direção Executiva do ACeS Baixo Vouga, a qual por sua vez, solicitou parecer à Comissão de Ética da ARS do Centro tendo já um parecer favorável da Coordenadora da UCSP Águeda V. O referido pedido teve parecer favorável a 27 de novembro de 2017 (Anexo VI), data a partir do qual teve início o presente estudo.

Como referido anteriormente, para a utilização das escalas de avaliação AAD, MPAT e do Manual de Educação em Diabetes tipo 2, como instrumento de apoio na intervenção psicoeducativa, foi solicitada a autorização aos autores dos mesmos, à qual se obteve resposta positiva (Anexos II, III e V).

O convite aos participantes foi efetuado de forma verbal pela investigadora, na sala de espera, enquanto estes aguardavam a consulta de vigilância de diabetes. Seguidamente foram explicados os objetivos do estudo, para que, de forma informada e livre aceitassem participar no estudo, salvaguardando a possibilidade de alteração dessa mesma decisão a qualquer momento sem qualquer tipo de consequências (Apêndice III). Na obtenção de consentimento foi também indicado a garantia de anonimato e confidencialidade, servindo para tal a codificação numérica dos formulários. Todos os utentes que reuniram os critérios de inclusão tiveram igual oportunidade de participar no estudo.

É importante ressaltar que toda a informação recolhida se destinou exclusivamente à obtenção de resultados neste estudo, aos quais apenas teve acesso a investigadora. Os dados consultados nos sistemas informáticos relativos à UCSP, aos utentes e seu processo clínico, foram efetuados pela Sr<sup>a</sup> Enfermeira Supervisora, e facultada posteriormente à enfermeira investigadora.

### **3.7. Procedimentos de análise de dados**

Após a colheita de dados no primeiro e segundo momento, o tratamento estatístico dos mesmos foi efetuado utilizando para o efeito o programa *Statiscal Pakage for the Social Science* (SPSS), na versão 25.0 para *Windows*.

No intuito de dar resposta aos objetivos formulados para o presente estudo, para a análise e tratamento dos dados recorreu-se à estatística descritiva, uma vez que e em concordância com Fortin (2009), esta torna possível o resumo da informação numérica de um modo estruturado. Com o objetivo de facilitar a identificação das variáveis medidas na amostra e que a caracterizam, optou-se por organizar e apresentar a informação sob a forma de tabelas para assim os analisar segundo a distribuição de frequências, percentagens, medidas de tendência central (médias) e medidas de dispersão (desvio padrão). Especificamente para os resultados obtidos com as escalas AAD e MPAT, para além da análise anterior, optou-se por organizar e analisar os dados segundo a classificação em “aderente/não aderente” para cada dimensão de acordo com os pontos de corte definidos anteriormente.

Para além da análise descritiva foi usada a estatística inferencial, com o intuito de verificar se houve diferenças no nível médio de adesão e na proporção de “aderentes/não aderentes”, antes e após a intervenção realizada, e se a mesma foi estatisticamente significativa ou não.

Para a comparação dos níveis médios de adesão antes e após a intervenção realizada, usou-se a média do nível de adesão obtido em cada uma das dimensões da escala AAD e MPAT e sobre a mesma optou-se por utilizar o teste paramétrico *t student* para amostras emparelhadas, uma vez que a amostra é a mesma em ambos os momentos de avaliação, a escala de medida da variável é de razão, o tamanho da amostra é superior a 30 e os dados quando submetidos ao teste de *Kolmogorov-smirnov*, apresentam uma distribuição normal.

Para verificar se houve mudança na classificação dos indivíduos de “não aderente” para “aderente” face à intervenção, optou-se por recorrer ao teste *mcnemar* para amostras emparelhadas após verificação e validação dos seguintes pressupostos: a amostra é a mesma nos dois momentos de avaliação, a variável dependente encontra-se classificada em duas categorias “aderente/não aderente” e cada participante só pode estar classificado numa das categorias. Ao teste *mcnemar* foi aplicada correção de continuidade na tentativa de remover a fonte de erro relacionada com as características da distribuição discreta utilizada pelo teste.

Na análise inferencial, decidiu-se eliminar as dimensões da *Monitorização Glicémia* e *Hábitos Tabágicos* da escala AAD pelo facto de não se referirem à adesão da mesma maneira que as restantes dimensões da mesma escala, sendo que na *Monitorização Glicémia* a adesão do participante está dependente da recomendação do profissional de saúde e nos *Hábitos Tabágicos* é avaliado apenas a quantidade e a frequência do uso de cigarros.

Os valores em ambos os testes estatísticos foram classificados como significativos se o valor de *p* se verificou inferior a 0,05.

Além da análise mencionada acima, procedeu-se a análise da consistência interna das escalas usadas neste trabalho de investigação, através do valor de alfa de *cronbach* e posterior classificação de acordo com Murphy Davisholder (1988) citado em Peterson (1994), considerando-se elevada (superior ou igual a 0.9), moderada a elevada (entre 0.8 e 0.9), baixa (entre 0,6 e 0,7) e inaceitável (inferior a 0,6), conforme o valor obtido

#### **4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

Ao longo deste capítulo são apresentados os resultados obtidos no presente estudo. Inicialmente são descritas as características sociodemográficas e clínicas dos participantes que compõem a amostra. Posteriormente, são apresentados os resultados decorrentes da avaliação efetuada por meio das escalas já mencionadas, AAD e MPAT, em cada um dos momentos de avaliação, bem como as diferenças e significado estatístico entre os dois momentos de avaliação (antes e após a intervenção psicoeducativa).

##### **4.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes em estudo**

A caracterização sociodemográfica dos participantes em estudo, encontra-se expressa na Tabela 1 onde são apresentados os resultados relativos à idade, sexo, estado civil, composição do agregado familiar, Classificação Internacional e Social de Graffar (CSIG) e situação profissional atual dos participantes que fizeram parte do presente estudo.

Realizando a análise da Tabela 1, pode verificar-se que a amostra foi composta por 102 indivíduos, 56,9% do sexo masculino e 43,1% do sexo feminino, com uma média de idades de  $67,50 \pm 11,66$  anos, sendo os grupos mais representativos os que apresentam uma idade inferior a 65 anos (38,2%) e os que apresentam entre 65 e 74 anos (31,4%). O menos representativo é o grupo com idade superior ou igual a 85 anos de idade (7,8%).

A maioria dos participantes são casados (74,5%) e também por isso, quando analisamos a composição do agregado familiar verificamos que 69,6% coabita com a esposa/marido/companheiro. Relativamente à CSIG, verificámos que o grupo de participantes mais representado no presente estudo pertence à Classe IV (48,0%). Por fim constata-se ainda que a situação profissional atual dos participantes mais predominante é a de reformado com 69,6%.

**Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes em estudo (n=102)**

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Idade (anos)</b>	
Inferior a 65	<b>39 (38,2)</b>
65 a 74	32 (31,4)
75 a 84	23 (22,5)
Superior ou igual a 85	8 (7,8)
<b>Sexo</b>	
Masculino	<b>58 (56,9)</b>
Feminino	44 (43,1)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro	6 (5,9)
Casado	<b>76 (74,5)</b>
Viúvo	13 (12,7)
Divorciado	7 (6,9)
<b>Agregado Familiar</b>	
Vive sozinho	10 (9,8)
Vive sozinho, mas frequenta Centro de Dia	0 (0)
Vive com esposa/marido/companheiro	<b>71 (69,6)</b>
Vive com os filhos	31 (30,4)
Vive com o(a) sogro(a)	2 (2)
Vive com os pais	1 (1)
Vive em ERPI	4 (3,9)
<b>CSIGraffar</b>	
Classe I	2 (2)
Classe II	15 (14,7)
Classe III	<b>34 (33,3)</b>
Classe IV	49 (48)
Classe V	2 (2)
<b>Situação Profissional</b>	
Reformado	<b>71 (69,6)</b>
Desempregado	3 (2,9)
Empregado	28 (27,5)

Especificamente em relação a cada item que contribuiu para a CSIG, tal como se apresenta na Tabela 2, é de salientar que no que respeita ao nível de instrução 63,7% dos participantes possui o ensino primário incompleto e apenas 7,8% possui 12 ou mais anos de escolaridade. Quanto à profissão, 58,8% dos indivíduos são trabalhadores manuais ou operários não especializados e apenas 4,9% são diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente. No que se refere à fonte de rendimento familiar em 84,3% dos casos os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, verificando-se ainda que 8,8% do total dos participantes se suporta em beneficência pública ou privada. Ainda neste âmbito e relativamente ao conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita, constatou-se que 53,9% dos participantes vive em casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, não se identificou, porém, nenhuma situação em que o participante habitasse em alojamentos impróprios para uma vida decente.

**Tabela 2 - Caracterização dos participantes em estudo segundo a Classificação Social e Internacional de Graffar (n=102)**

Variável	n (%)
<b>Graffar – Profissão</b>	
1º Grau	5 (4,9)
2º Grau	14 (13,7)
3º Grau	10 (9,8)
4º Grau	12 (11,8)
5º Grau	<b>60 (58,8)</b>
Não aplicável	1 (1)
<b>Graffar - Nível de Instrução</b>	
1º Grau	8 (7,8)
2º Grau	2 (2)
3º Grau	10 (9,8)
4º Grau	17 (16,7)
5º Grau	<b>65 (63,7)</b>
<b>Graffar - Rendimento familiar</b>	
1º Grau	0 (0)
2º Grau	5 (4,9)
3º Grau	<b>86 (84,3)</b>
4º Grau	2 (2)
5º Grau	9 (8,8)
<b>Graffar - Conforto do alojamento</b>	
1º Grau	0 (0)
2º Grau	26 (25,5)
3º Grau	<b>55 (53,9)</b>
4º Grau	21 (20,6)
5º Grau	0 (0)
<b>Graffar - Aspeto do bairro onde habita</b>	
1º Grau	0 (0)
2º Grau	<b>77 (75,5)</b>
3º Grau	23 (22,5)
4º Grau	2 (2)
5º Grau	0 (0)

#### 4.2. Caracterização clínica dos participantes em estudo

Na Tabela 3, é apresentada a informação que permite a caracterização clínica dos participantes em estudo, nomeadamente no que se refere a valores antropométricos, tensão arterial, hemoglobina glicada, regime terapêutico medicamentoso, complicações da DM e aspetos considerados importantes na gestão do regime terapêutico em geral.

Na referida tabela verifica-se que dos 102 indivíduos sobre os quais incidiu o presente estudo e em concordância com as orientações da DGS (2013), 36,3% estão categorizados com pré-obesidade e apenas 10,8% com peso normal, sendo que a média de peso corporal se situou nos  $80,98 \pm 17,8\text{Kg}$  e a média da altura em  $162,20 \pm 8,5\text{cm}$ . Ainda no âmbito dos valores antropométricos, os participantes apresentaram uma média de perímetro abdominal de  $106,90 \pm 12,7\text{cm}$ . No que se refere aos valores de tensão arterial, 40,2% dos participantes estão



categorizados como tendo Hipertensão Arterial de Grau I (HTA Grau I) de acordo com classificação sugerida pela DGS, (2013a).

Na caracterização clínica de um utente com DM, assume especial importância o valor da hemoglobina glicada, sendo que para a referida amostra se constata que 70,6% dos inquiridos apresenta um valor de hemoglobina glicada inferior ou igual a 7%, meta proposta pela DGS, (2011), havendo ainda considerável percentagem de indivíduos com valores superiores a 7% (29,4%). Relativamente às complicações inerentes à DM, em particular aos internamentos motivados pela DM e desenvolvimento de feridas no pé, verifica-se que 49,0% dos participantes possui DM há 6-10 anos, 2% estiveram internados pela DM e igualmente 2% apresentaram feridas no pé. Quanto à vigilância da DM, 85,3% dos indivíduos fez duas consultas de enfermagem no último ano. Analisando a informação obtida em relação ao regime terapêutico medicamentoso, podemos constatar que a maioria dos participantes, 74,5%, faz antidiabéticos orais. No tocante à gestão do regime terapêutico, constata-se que a maioria, dos indivíduos com um valor de 84,3% não participa na sua definição, 52% dos utentes estudados recebe apoio da família/amigos e 9,8% participou em grupos educativos na diabetes.

**Tabela 3 - Caracterização clínica dos participantes em estudo (n=102)**

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Índice de Massa Corporal</b>	
Baixo Peso I 17 – 18,49	2 (2)
Peso Normal 18,5 – 24,99	11 (10,8)
Pré-Obesidade 25 – 29,99	<b>37 (36,3)</b>
Obesidade I 30 – 34,99	32 (31,4)
Obesidade II 35 – 39,99	15 (14,7)
Obesidade III superior a 39,99	5 (4,9)
<b>Tensão Arterial (mmHg)</b>	
Normal - PAS 120-129 mmHg, PAD 80-84 mmHg	29 (28,4)
Normal Alta - PAS 130-139 mmHg, PAD 85-89 mmHg	25 (24,5)
HTA Grau I - PAS 140-159 mmHg, PAD 90-99 mmHg	<b>41 (40,2)</b>
HTA Grau II – PAS 160-180 mmHg, PAD 100 – 110 mmHg	6 (5,9)
HTA Grau III – PAS superior a 180 mmHg, PAD superior a 100 mmHg	1 (1)
<b>HgA1c (%)</b>	
Inferior ou igual a 7%	<b>72 (70,6)</b>
Superior a 7%	30 (29,4)
<b>Tempo de Diagnóstico DM (anos)</b>	
1 a 5 anos	40 (39,2)
6 a 10 anos	<b>50 (49)</b>
Superior a 10 anos	12 (11,8)
<b>Nº Consultas Enfermagem último ano</b>	
2 consultas	87 (85,3)
3 consultas	11 (10,8)
4 consultas	2 (2)
5 consultas	2 (2)
<b>Regime Terapêutico Medicamentoso</b>	
Só comprimidos	<b>76 (74,5)</b>
Só insulina	3 (2,9)
Insulina + comprimidos	15 (14,7)
Sem antidiabéticos	8 (7,8)

<b>Internamentos por Diabetes</b>	
Sim	2 (2)
Não	<b>100 (98)</b>
<b>Presença de feridas no pé</b>	
Sim	2 (2)
Não	<b>100 (98)</b>
<b>Participação na definição do regime terapêutico</b>	
Sim	16 (15,7)
Não	<b>86 (84,3)</b>
<b>Ajuda da família e/ou amigos</b>	
Sim	<b>53 (52)</b>
Não	49 (48)
<b>Participa(ou) em grupos educativos de ajuda na Diabetes</b>	
Sim	<b>10 (9,8)</b>
Não	92 (90,2)

#### 4.3. Consistência interna das escalas AAD e MPAT no 1º e 2º momento

Por forma a estimar a confiabilidade das escalas utilizadas neste estudo, nomeadamente a AAD e MPAT, procedeu-se ao cálculo do  $\alpha$  de *cronbach* para os dois momentos previstos neste estudo de investigação, de modo a determinar o seu comportamento na presente amostra, cujos resultados se apresentam nas tabelas 4 e 5.

Relativamente à escala AAD, sabendo-se que a adesão é multidimensional, avaliou-se a consistência interna de cada uma das dimensões. Em resultado da análise da Tabela 4, verifica-se que comparativamente aos resultados obtidos noutros estudos, se obteve na generalidade melhores valores por dimensão, contudo apura-se a existência de valores categorizados como inaceitáveis, na dimensão *Alimentação Específica* e *Cuidados com os Pés* no 1º momento e *Medicamentos* no 2º momento, sendo os restantes de carácter aceitável a excelente. Apesar dos valores encontrados, decide-se manter estas dimensões na avaliação da adesão pela importância das mesmas na autogestão da DM tipo 2, contudo as interpretações que daí advierem terão essa fragilidade em conta. As dimensões *Monitorização Glicémica* e *Hábitos Tabágicos*, não tiveram a sua consistência interna avaliada, pelo facto de na primeira a adesão estar dependente da recomendação do profissional de saúde e na segunda avaliar apenas a quantidade e a frequência do uso de cigarros.

**Tabela 4 - Caracterização da consistência interna da AAD por dimensão através do cálculo de *alfa cronbach* e comparação com outros estudos**

Dimensão	<i>α de cronbach</i>				
	Bastos et al. (2007)	Lopes, (2014)	Baptista, (2013)	Estudo atual	
				1º momento	2º momento
Alimentação Geral	0,81	0,24	0,79	0,93	0,94
Alimentação Específica	0,45	0,65	0,66	0,30	0,29
Atividade Física	0,63	-1,38	0,68	0,78	0,70
Cuidados com os pés	0,57	0,94	0,57	0,60	0,81
Medicamentos	n.o.	0,78	n.o.	0,80	0,50
Monitorização Glicémia	n.o.	n.o.	0,72	n.o.	n.o.
Hábitos Tabágicos	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.	n.o.

Legenda:

n.o. – não obtido

No que se refere à escala MPAT, contrariamente ao sucedido na escala anterior, a avaliação da consistência interna foi efetuada para o total das dimensões que compõem a referida escala, e tal como se apresenta na Tabela 5, obtiveram-se valores mais elevados em relação aos estudos anteriores o que caracteriza o seu comportamento para esta amostra em estudo como sendo elevada.

**Tabela 5 - Caracterização da consistência interna da MPAT através do cálculo de *alfa de cronbach* e comparação com outros estudos**

	<i>α de cronbach</i>		
	Delgado e Lima (2001)	Estudo atual	
		1º momento	2º momento
Total	0,74	0,90	0,86

#### 4.4. Caracterização da AAD e MPAT no 1º e 2º momento

Da avaliação efetuada no primeiro e segundo momento por intermédio das escalas AAD e MPAT foi possível calcular o valor médio obtido em cada dimensão, expresso na AAD em dias por semana e na MPAT em pontos, cujos valores se apresentam nas tabelas 6 e 7.

Especificamente para a escala AAD, e da leitura da Tabela 6, verifica-se que no primeiro momento, a dimensão para a qual foi encontrado maior nível médio de adesão foi a que se refere aos *Medicamentos* com uma média de  $6,43 \pm 1,71$ . A respeito desta dimensão é de referir que os valores excluem 7,8% da amostra em estudo, por não haver nestes participantes regime terapêutico medicamentoso antidiabético instituído. Por outro lado, o menor nível médio de

adesão obtido refere-se à *Atividade Física* com  $1,39\pm 2,17$ . Relativamente à *Monitorização Glicémia*, constata-se que a adesão média verificada na execução da pesquisa de glicémia foi de  $1,68\pm 2,79$  ultrapassando a média de recomendação do profissional de saúde,  $1,48\pm 2,77$ . Apesar da dimensão dos *Hábitos Tabágicos* não se referirem a aspetos da adesão, através dos itens que a compõem, foi possível identificar da totalidade da amostra, que 5,9% é fumador, e dos não fumadores 67% nunca fumou e 26% deixou de fumar há mais de dois anos atrás.

No segundo momento, a tendência verificada anteriormente mantém-se, sendo que a dimensão *Medicamentos* apresenta novamente o maior nível médio de adesão com  $6,89\pm 0,57$  e a *Atividade Física* menor com  $1,64\pm 2,24$ . No que respeita à *Monitorização Glicémia*, também no segundo momento o nível médio de adesão verificado para a pesquisa de glicémia capilar,  $1,81\pm 2,89$  ultrapassa o indicado pelo profissional de saúde. Em respeito aos *Hábitos Tabágicos* os resultados obtidos mantêm-se iguais aos do primeiro momento de colheita de dados.

No que concerne às diferenças entre o primeiro e segundo momento, nas dimensões da escala AAD em análise, verifica-se um aumento nos valores médios de adesão no segundo momento, sendo este mais acentuado na *Alimentação Geral*, com uma diferença de médias de 1,98 e menor na *Monitorização Glicémia*, com 0,13.

**Tabela 6 - Resultados da AAD no 1º e 2º momento por dimensão (n=102)**

Dimensões	1º momento		2º momento	
	n	M±DP	N	M±DP
Alimentação Geral	102	2,27±2,93	102	4,25±3,04
Alimentação Específica	102	4,97±1,11	102	5,18±1,10
Atividade Física	102	<b>1,39±2,17</b>	102	<b>1,64±2,24</b>
Cuidados com os pés	102	5,30±1,81	102	5,83±1,73
Medicamentos	94	<b>6,43±1,71</b>	94	<b>6,89±0,57</b>
Monitorização Glicémia				
Recomendação	102	1,48±2,77	102	1,44±2,78
Execução	102	1,68±2,79	102	1,81±2,89

Na escala MPAT e decorrente da observação da Tabela 7, constata-se que os valores apresentados se referem a 98% da totalidade da amostra, sendo que 2% da mesma não possui qualquer tipo de regime terapêutico medicamentoso instituído, antidiabético ou outros.

Analisando mais pormenorizadamente os resultados obtidos, verificámos que no primeiro momento de avaliação a dimensão onde se verificou maior nível médio de adesão foi a D7- *Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?*, com um valor médio de  $5,89\pm 0,67$  e a dimensão para a qual

se identificou menor nível médio de adesão foi a D1- *Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?*, com um valor médio de  $5,48 \pm 0,93$ .

No segundo momento de colheita de dados a tendência alterou-se e a maior média de adesão foi apresentada pela D4-*Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença após se ter sentido pior?* Com um valor médio de  $5,99 \pm 0,10$ . Quanto ao menor nível médio de adesão apresentado, este foi identificado em D2-*Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?*, com um valor médio de  $5,86 \pm 0,43$ .

Quanto às diferenças nas médias do nível de adesão verificadas entre o primeiro e segundo momento, tal como nos resultados da escala anterior, também na MPAT, se verificou um aumento no nível médio de adesão para todas as dimensões e no total da escala, sendo a maior diferença percebida em D1- *Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?* com uma diferença entre médias de 0,40 e a menor diferença em D7-*Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?*, com 0,05.

**Tabela 7 - Resultados da MPAT por dimensão e no total no 1º e 2º momento (n=100)**

	1º momento	2º momento
	M±DP	M ±DP
D1	<b>5,48</b> ±0,93	5,88±0,44
D2	5,49±0,99	<b>5,86</b> ±0,43
D3	5,86±0,70	5,93±0,33
D4	5,83±0,78	<b>5,99</b> ±0,10
D5	5,83±0,68	5,98±0,14
D6	5,64±0,85	5,95±0,26
D7	<b>5,89</b> ±0,67	5,94±0,31
<b>Total</b>	5,72±0,63	5,93±0,20

**Legenda:**

**D1**-Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

**D2**-Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

**D3**-Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

**D4**-Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença após se ter sentido pior?

**D5**-Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

**D6**-Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

**D7**-Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

#### 4.5. Resultados da AAD e MPAT no 1º e 2º momento através da classificação “aderente/não aderente”

Após a aplicação das escalas AAD e MPAT, nos momentos 1 e 2 de avaliação, foi efetuada a categorização dos participantes em “aderente/não aderente” de acordo com a classificação sugerida por Boas et al. (2011) para a escala AAD e por Delgado e Lima (2001) para a escala MPAT, cujos resultados se apresentam nas tabelas 8 e 9.

Em relação aos resultados obtidos com a aplicação da AAD, e mediante a análise efetuada da Tabela 8, verifica-se que no primeiro momento a dimensão da escala para a qual se identificaram mais indivíduos com a classificação “aderente” foi a dos *Medicamentos* com uma percentagem de 85,3% e a dimensão para a qual os participantes se revelaram menos “aderentes” foi a *Atividade Física*, com 12,7%. No que respeita ao comportamento de “não aderente” este verifica-se exatamente nas dimensões para as quais se identificou maior percentagem de “aderente”. Quanto às médias de adesão, foi na dimensão *Medicamentos* que foram identificados o melhor e o pior nível médio de adesão simultaneamente, com  $6,90 \pm 0,33$  e  $0,57 \pm 0,79$  respetivamente.

No segundo momento de colheita de dados, os resultados obtidos evidenciaram a mesma tendência anterior, sendo que os participantes do estudo se mostraram mais “aderentes” na dimensão *Medicamentos*, com 90,2% dos indivíduos e menos “aderentes” com 10,8% na *Atividade Física*. No tocante ao nível de adesão médio obtido para cada dimensão este é maior nos *Medicamentos*, com  $6,96 \pm 0,27$ , contudo é pior na dimensão *Alimentação Específica*, com  $0,98 \pm 1,41$ .

Tendo em conta as diferenças entre o primeiro e segundo momento, é possível constatar que a maior diferença encontrada aconteceu na dimensão *Alimentação Geral*, na qual 33 indivíduos classificados no primeiro momento como “não aderente” passaram a “aderente” no segundo momento. Por outro lado, a menor diferença é verificada na dimensão *Alimentação Específica*, uma vez que apenas 1 participante deixou de ser “não aderente” e passou a ser “aderente” no segundo momento. É importante referir que na dimensão *Atividade Física*, dois indivíduos na situação de “aderente”, passaram a “não aderente” no segundo momento. Quanto ao nível médio de adesão dos participantes em estudo obtido para as duas categorizações (aderente e não aderente) em ambos os momentos de colheita de dados, este foi maior no segundo momento, à exceção da dimensão *Alimentação Geral* que apesar do aumento do número de aderentes no segundo momento, baixou o nível médio de adesão de  $6,83 \pm 0,46$  para  $6,74 \pm 0,53$ .

**Tabela 8 - Resultados da AAD por dimensão no 1º e 2º momento através da classificação “aderente/não aderente” (n=102)**

	1º momento		2º momento	
	n (%)	M±DP	n (%)	M±DP
Alimentação Geral				
<b>Aderente</b>	25(24,5)	6,83±0,46	58(56,9)	6,74±0,53
<b>Ñ aderente</b>	77(75,5)	0,80±1,53	44(43,1)	<b>0,98±1,41</b>
Alimentação Específica				
<b>Aderente</b>	62(60,8)	5,68±0,55	63(61,8)	5,87±0,60
<b>Ñ aderente</b>	40(39,2)	3,87±0,82	39(38,2)	4,06±0,76
Atividade Física				
<b>Aderente</b>	<b>13(12,7)</b>	6,08±0,95	<b>11(10,8)</b>	6,55±0,69
<b>Ñ aderente</b>	<b>89(87,3)</b>	0,70±1,25	<b>91(89,2)</b>	1,05±1,51
Cuidados com os pés				
<b>Aderente</b>	69(67,6)	6,37±0,83	74(72,5)	6,79±0,53
<b>Ñ aderente</b>	33(32,4)	3,06±1,11	28(27,5)	3,28±1,23
Medicamentos				
<b>Aderente</b>	<b>87(85,3)</b>	<b>6,90±0,33</b>	<b>92(90,2)</b>	<b>6,96±0,27</b>
<b>Ñ aderente</b>	<b>7(6,9)</b>	<b>0,57±0,79</b>	<b>2(2)</b>	3,50±0,71

Os resultados obtidos com a aplicação da escala MPAT nos dois momentos de colheita de dados encontram-se na Tabela 9. Da análise da referida tabela no primeiro momento de avaliação apura-se que a dimensão para a qual se verifica a maior percentagem de participantes na condição de “aderente” é em D7- *Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?* com 95,1%, e a dimensão na qual se identifica menor percentagem é em D2-*Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?* com 85,3% dos indivíduos. Em relação ao nível médio de pontos que caracteriza os indivíduos em mais ou menos aderentes, a dimensão para a qual os participantes no estudo apresentam maior e menor nível médio de adesão é em D7 simultaneamente, dimensão esta já sinalizada anteriormente com um valor médio de 6±0 e de 2,33±1,53.

Sobre o segundo momento de avaliação, a maior percentagem de indivíduos classificados como “aderentes” verifica-se em D4-*Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença após se ter sentido pior?* e D5-*Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?*, ambas com uma percentagem de 98%. Para a mesma classificação a menor percentagem verifica-se também em duas dimensões a D1- *Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?* e D2-*Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?* com 95,1% dos casos.

**Tabela 9 - Resultados da MPAT por dimensão e total no 1º e 2º momento através da classificação “aderente/não aderente” (n=102)**

		1º momento		2º momento	
		n (%)	M±DP	n (%)	M±DP
D1	<b>Aderente</b> <b>Ñ aderente</b>	89(87,3) 11(10,8)	5,74±0,44 3,36±1,12	<b>97(95,1)</b> <b>3(2,9)</b>	5,94±0,24 4±0
D2	<b>Aderente</b> <b>Ñ aderente</b>	<b>87(85,3)</b> <b>13(12,7)</b>	5,80±0,40 3,38±1,26	<b>97(95,1)</b> <b>3(2,9)</b>	<b>5,92±0,28</b> <b>4±0</b>
D3	<b>Aderente</b> <b>Ñ aderente</b>	96(94,1) 4(3,9)	5,99±0,10 2,75±1,50	98(96,1) 2(2)	5,97±0,17 4±0
D4	<b>Aderente</b> <b>Ñ aderente</b>	96(94,1) 4(3,9)	5,97±0,14 2,25±1,25	<b>100(98)</b> -	<b>5,99±0,10</b> -
D5	<b>Aderente</b> <b>Ñ aderente</b>	96(94,1) 4(3,9)	5,96±0,20 2,75±0,96	<b>100(98)</b> -	5,98±0,14 -
D6	<b>Aderente</b> <b>Ñ aderente</b>	95(93,1) 5(4,9)	5,80±0,40 2,60±1,34	99(97,1) 1(1)	5,97±0,17 4±0
D7	<b>Aderente</b> <b>Ñ aderente</b>	<b>97(95,1)</b> <b>3(2,9)</b>	<b>6±0</b> <b>2,33±1,53</b>	98(96,1) 2(2)	5,98±0,14 4±0
<b>Total</b>	<b>Aderente</b> <b>Ñ aderente</b>	95(93,1) 5(4,9)	5,83±0,21 3,51±1,53	99(97,1) 1(1)	5,94±0,17 4,86±0

**Legenda:**

**D1**-Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

**D2**-Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

**D3**-Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

**D4**-Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença após se ter sentido pior?

**D5**-Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

**D6**-Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

**D7**-Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Relativamente às diferenças verificadas entre o primeiro e segundo momento, é de ressaltar que no geral apesar de se verificar maior percentagem na classificação “aderente” no segundo momento, a maior diferença identificada aconteceu em D2-*Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?*, com um aumento de 9,8 pontos



percentuais, sendo que 10 indivíduos do primeiro momento com comportamento “não aderente” passaram a “aderente” no segundo momento. Quanto à menor diferença apresentada esta verifica-se em D7-*Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?*, com um aumento de apenas 1% na percentagem de sujeitos categorizados como “aderente”. A este respeito importa ainda salientar que no segundo momento de avaliação em D4-*Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença após se ter sentido pior?* e em D5-*Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?* a totalidade dos participantes em estudo se mostrou totalmente “aderente”. Por fim e no que se refere ao nível médio de adesão, este foi no geral maior em todas as dimensões da escala no segundo momento de avaliação à exceção da D3-*Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?* e D7- *Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?*, que desceu de um valor médio de  $5,99 \pm 0,10$  para um valor médio de  $5,97 \pm 0,17$  e de um valor médio de  $6 \pm 0$  para um valor médio de  $5,98 \pm 0,14$ , respetivamente.

#### **4.6. Análise comparativa dos resultados da AAD e MPAT no 1º e 2º momento por dimensão**

Após a análise e interpretação dos dados recolhidos no primeiro e segundo momento de avaliação procedeu-se ao estudo comparativo dos mesmos por intermédio de testes estatísticos que validem a significância das diferenças observadas entre os dois momentos de avaliação.

Os resultados obtidos com a aplicação da escala AAD e sua comparação nos dois momentos de avaliação encontram-se documentados na Tabela 10. Como foi referido anteriormente, as dimensões da *Monitorização Glicémia* e *Hábitos Tabágicos* não foram avaliadas por não se referirem à adesão da mesma maneira que as restantes dimensões apresentadas, pelo que se decidiu eliminá-las a este nível de análise. Da análise da referida tabela pode-se observar que a média de adesão às atividades de autocuidado com a diabetes nas dimensões em estudo e no segundo momento, são superiores às apresentadas para o primeiro momento. É importante salientar que apesar das médias de adesão serem superiores no segundo momento, estas só evidenciam comportamento de adesão, quando de acordo com Boas et al. (2011), são superiores ou igual a 5 dias por semana, pelo que o aumento verificado na dimensão *Alimentação Geral* e *Atividade Física* não foi suficiente para que se confirmasse a adesão.

Tendo em conta as diferenças identificadas nas médias de adesão e os *p-value* encontrados com a aplicação do teste *t student* para cada dimensão verificou-se que existe uma diferença

estatisticamente significativa em todas as dimensões apresentadas, uma vez que os *valores de p-value obtidos* são todos inferiores ao nível de significância considerado de 0,05.

**Tabela 10 - Análise comparativa dos resultados obtidos na AAD no 1º e 2º momento por dimensão (n=102)**

	1º momento M±DP	2º momento M±DP	Teste estatístico (t-student)
<b>Alimentação Geral</b>	2,27±2,93	4,25±3,04	<i>t-value</i> = -6,459 <i>p-value</i> = 0,000
<b>Alimentação Específica</b>	4,97±1,11	5,18±1,10	<i>t-value</i> = -2,438 <i>p-value</i> = 0,017
<b>Atividade Física</b>	1,39±2,17	1,65±2,24	<i>t-value</i> = -3,191 <i>p-value</i> = 0,002
<b>Cuidados com os pés</b>	5,30±1,81	5,83±1,76	<i>t-value</i> = -6,459 <i>p-value</i> = 0.000
<b>Medicamentos</b>	6,42±1,72	6,89±0,58	<i>t-value</i> = -2,532 <i>p-value</i> = 0,013

α=0,05

Em relação aos resultados obtidos com a aplicação da MPAT, estes são apresentados na Tabela 11, e expressam a média de pontos obtidos em cada dimensão que compõe a escala e o valor total no primeiro e segundo momento de colheita de dados e respetivo resultado da aplicação do teste *t student*. Da análise da tabela apresentada constata-se que também nesta escala as médias de pontos obtidos para cada dimensão e no total, são superiores no segundo momento de avaliação, apesar de no primeiro momento a média de pontos obtidos já ser bastante elevada e corresponder a uma média de adesão de carácter “aderente”, segundo a classificação proposta de Delgado e Lima (2001). Analisando as diferenças de média de pontos observados entre os dois momentos e os *p-value* encontrados, constata-se que estas se revelam estatisticamente significativas no total da escala e em todas as dimensões à exceção de D3-*Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?* e D7-*Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?*, uma vez que para estas o *p-value* se mostra superior ao nível de significância considerado de 0,05.

**Tabela 11 - Análise comparativa dos resultados obtidos na MPAT no 1º e 2º momento por dimensão e total (n=102)**

	1º momento M±DP	2º momento M±DP	Teste estatístico (t-student)
D1	5,48±0,09	5,88±0,04	<i>t-value</i> = -4,243 <i>p-value</i> =0,000
D2	5,49±0,10	5,86±0,04	<i>t-value</i> = -3,658 <i>p-value</i> =0,000
D3	5,86±0,07	5,93±0,03	<i>t-value</i> = -1,021 <i>p-value</i> =0,310
D4	5,83±0,08	5,99±0,01	<i>t-value</i> = -2,220 <i>p-value</i> =0,029
D5	5,83±0,07	5,98±0,01	<i>t-value</i> = -2,138 <i>p-value</i> =0,035
D6	5,64±0,08	5,95±0,03	<i>t-value</i> = -3,651 <i>p-value</i> =0,000
D7	5,89±0,07	5,94±0,03	<i>t-value</i> = -0,744 <i>p-value</i> =0,459
Total	5,72±0,06	5,93±0,02	<i>t-value</i> = -3,615 <i>p-value</i> =0,000

α=0,05

**Legenda:**

**D1**-Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

**D2**-Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

**D3**-Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

**D4**-Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença após se ter sentido pior?

**D5**-Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

**D6**-Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

**D7**-Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

#### 4.7. Análise comparativa dos resultados da AAD e MPAT no 1º e 2º momento por dimensão, através da classificação “aderente/não aderente”

Os dados recolhidos no primeiro e segundo momento de avaliação, foram ainda analisados sob a categorização de “aderente” e “não aderente” e o estudo comparativo entre os dois momentos

de colheita de dados foi efetuado com recurso ao teste *mcnemar* para amostras emparelhadas, a fim de verificar se a frequência da mudança de *status* de “não aderente” para “aderente” se desvia significativamente ou não da frequência com que essa mudança é esperada após a intervenção.

Relativamente à escala AAD e decorrente da análise da Tabela 12, verifica-se que apenas na dimensão *Alimentação Geral* se confirma existir diferenças estatisticamente significativas antes e após a intervenção, pois somente nesta dimensão o *p-value* (0,000) é inferior ao nível de significância considerado de 0,05.

**Tabela 12 - Análise comparativa dos resultados da AAD no 1º e 2º momento através da classificação “aderente/não aderente” (n=102)**

1º momento \ 2º momento	2º momento		Teste estatístico (Mcnemar)
	Aderente	Ñ aderente	
<b>Alimentação Geral</b>			$\chi^2 = 20,680$
<b>Aderente</b>	24	1	<b>CC</b> = 18,620
Contagem esperada	(14,2)	(10,8)	<b>p-value</b> = 0,000
<b>Ñ aderente</b>	34	43	
Contagem esperada	(43,8)	(33,2)	
<b>Alimentação Específica</b>			$\chi^2 = 23,864$
<b>Aderente</b>	50	12	<b>CC</b> = 21,869
Contagem esperada	(38,2)	(23,7)	<b>p-value</b> = 1,000
<b>Ñ aderente</b>	13	27	
Contagem esperada	(24,7)	(15,3)	
<b>Atividade Física</b>			$\chi^2 = 28,715$
<b>Aderente</b>	7	6	<b>CC</b> = 23,814
Contagem esperada	(1,4)	(11,6)	<b>p-value</b> = 0,754
<b>Ñ aderente</b>	4	85	
Contagem esperada	(9,6)	(79,4)	
<b>Cuidados com os pés</b>			$\chi^2 = 14,185$
<b>Aderente</b>	58	11	<b>CC</b> = 12,455
Contagem esperada	(50,1)	(18,9)	<b>p-value</b> = 0,442
<b>Ñ aderente</b>	16	17	
Contagem esperada	(23,9)	(9,1)	
<b>Medicamentos</b>			$\chi^2 = 5,369$
<b>Aderente</b>	86	1	<b>CC</b> = 0,914
Contagem esperada	(85,1)	(1,9)	<b>p-value</b> = 0,125
<b>Ñ aderente</b>	6	1	
Contagem esperada	(6,9)	(0,1)	

$\alpha=0,05$

$\chi^2$ - valor qui-quadrado de pearson  
CC – correção de continuidade

No que se refere à escala MPAT, os resultados obtidos com a aplicação do mesmo teste estatístico encontram-se sistematizados na Tabela 13. Com efeito, da interpretação da mesma

se depreende que é apenas nas dimensões D1- *Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?* e D2-*Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?* que se confirma existirem diferenças estatisticamente significativas antes e após a intervenção, dado os *p-value* serem inferiores ao nível de significância considerado de 0,05. Importante referir ainda que nas dimensões D4-*Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença após se ter sentido pior?* e D5-*Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?*, a presença de valores observados e esperados de 0 no segundo momento para a categoria de “não aderente” permite apenas identificar uma associação casual, não sendo possível calcular o teste.

**Tabela 13 - Análise comparativa dos resultados da MPAT no 1º e 2º momento através da classificação “aderente” e “não aderente” (n=102)**

1º momento \ 2º momento	2º momento		Teste estatístico (McNemar)
	Aderente	Ñ aderente	
<b>D1</b>			$\chi^2 = 1,576$
<b>Aderente</b>	10	1	<b>CC</b> = 0,101
Contagem esperada	(10,7)	(0,3)	
<b>Ñ aderente</b>	87	2	<b>p</b> = 0,039
Contagem esperada	(86,3)	(2,7)	
<b>D2</b>			$\chi^2 = 1,131$
<b>Aderente</b>	12	1	<b>CC</b> = 0,037
Contagem esperada	(12,6)	(0,4))	
<b>Ñ aderente</b>	85	2	<b>p</b> = 0,013
Contagem esperada	(84,4)	(2,6)	
<b>D3</b>			$\chi^2 = 0,085$
<b>Aderente</b>	4	0	<b>CC</b> = 0,000
Contagem esperada	(3,9)	(0,1)	
<b>Ñ aderente</b>	94	2	<b>p</b> = 0,687
Contagem esperada	(94,1)	(1,9)	
<b>D4</b>			Impossível calcular
<b>Aderente</b>	96	0	
Contagem esperada	(96)	(0)	
<b>Ñ aderente</b>	4	0	
Contagem esperada	(4)	(0)	
<b>D5</b>			Impossível calcular
<b>Aderente</b>	96	0	
Contagem esperada	(96)	(0)	
<b>Ñ aderente</b>	4	0	
Contagem esperada	(4)	(0)	
<b>D6</b>			$\chi^2 = 0,053$
<b>Aderente</b>	5	0	<b>CC</b> = 0,000
Contagem esperada	(5)	(0,1)	
<b>Ñ aderente</b>	94	1	<b>p</b> = 0,219
Contagem esperada	(94,1)	(1)	
<b>D7</b>			$\chi^2 = 0,063$
<b>Aderente</b>	3	0	<b>CC</b> = 0,000
Contagem esperada	(2,9)	(0,1)	
<b>Ñ aderente</b>	95	2	<b>p</b> = 1,000
Contagem esperada	(95,1)	(1,9)	

<b>Total</b>			$\chi^2 = 0,053$
<b>Aderente</b>	5	0	<b>CC = 0,000</b>
Contagem esperada	(5)	(0,1)	<b>p= 0,219</b>
<b>Ñ aderente</b>	94	1	
Contagem esperada	(94,1)	(1)	
			$\alpha=0,05$

**Legenda:**

$\chi^2$ - valor qui-quadrado de pearson

**CC – correção de continuidade**

**D1**-Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

**D2**-Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

**D3**-Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

**D4**-Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença após se ter sentido pior?

**D5**-Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

**D6**-Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

**D7**-Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?



## 5. DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados obtidos com a presente investigação passamos à sua análise e discussão tendo como base a revisão da literatura efetuada anteriormente. Assim, a discussão dos resultados é fundamentada tendo por base os objetivos delineados para o estudo, assim como pelo referencial teórico apresentado no início da investigação.

Relativamente à **caracterização sociodemográfica** dos participantes no estudo, dos 102 participantes incluídos, 56,9% são homens, 38,2% possuem idade inferior a sessenta e cinco anos, cuja média de idades se situa nos  $67,5 \pm 11,6$  anos. A maior parte são casados (74,5%) e por esse motivo 69,6% coabitam com a esposa/marido/companheiro. Quanto à situação profissional atual, 69,6% estão reformados. No que se refere à CSIG, 48% estão classificados na classe IV, sendo que 63,7% possuem ensino primário incompleto, 58,8% são trabalhadores manuais ou operários não especializados, 84,3% têm como rendimento um vencimento mensal fixo e 53,9% habitam em casas/andares modestos bem construídos e em bom estado de conservação. Neste sentido, consideramos que os resultados obtidos, são concordantes com os obtidos em outros estudos desenvolvidos em Portugal, nomeadamente no que diz respeito ao sexo, idade, estado civil, agregado familiar, escolaridade e situação profissional atual (Albuquerque et al., 2015; Sousa, Peixoto, & Martins, 2008), contudo encontramos também concordância com outros estudos apenas em relação à idade, sexo e estado civil (Cortez-Dias, Martins, Belo, & Fiuza, 2010; Costa et al., 2012; Cunha et al., 2015; Pereira, Pedras, & Machado, 2012), o que nos permite inferir que estamos perante uma amostra representativa da realidade portuguesa neste âmbito. Ainda a este respeito é possível encontrar concordância destes achados com os obtidos ao nível internacional somente ao nível do sexo, estado civil e agregado familiar (Caro-Bautista et al., 2016; Heissam, Abuamer, & El-Dahshan, 2015; Jannoo & Mamode Khan, 2018; Jannoo et al., 2017).

No que concerne à **caracterização clínica** dos participantes salienta-se que do total da amostra em estudo, 49% possuem DM tipo 2 entre 6-10 anos, 36,3% dos participantes foram classificados com pré-obesidade (IMC 25-29,99) e apenas 10,8% com peso normal (IMC 18,5-24,99). Quanto ao regime terapêutico instituído, 74,5% fazem antidiabéticos orais e 7,8% não faz qualquer tipo de antidiabéticos. Dos mesmos participantes, 40,2% apresentaram HTA Grau I (140-159/90-99mmHg), 70,6% apresentaram valores de hemoglobina glicada inferior a 7% com uma periodicidade de consultas em 85,3% dos casos de 2 vezes no ano em análise e que apenas 2% tiveram episódios de internamentos e feridas nos pés. A salientar ainda que 52% dos indivíduos recebem suporte da família e/ou amigos e 9,8% participaram em grupos educativos.

No que se refere à terapêutica farmacológica instituída, Ryden et al. (2007) refere que apesar de se reconhecer a importância da adoção de um estilo vida saudável, modificação dos hábitos dietéticos, redução do peso e prática de exercício físico, o tratamento farmacológico assume um papel central no tratamento da DM tipo 2, sendo que a terapêutica farmacológica deve ser



instituída precocemente, tendo em vista um controlo rigoroso da glicemia desde fases precoces da história natural da doença. Com efeito, torna-se preocupante que 7,8% dos sujeitos não tenha terapêutica hipoglicemiante instituída. De salientar que no nosso estudo 74,5% dos participantes fazem apenas antidiabéticos orais, o que acompanha a tendência encontrada por Cortez-Dias et al. (2010) na população portuguesa.

No que concerne ao controlo glicémico, verificámos que 29,4% dos participantes em estudo apresentaram hemoglobina glicada superior a 7%. Estes valores são semelhantes aos encontrados em estudos portugueses (Albuquerque et al., 2015; Cortez-Dias et al., 2010) e internacionais (Mumu et al., 2014; Tharek et al., 2018). Acerca deste assunto a ADA (2017) aponta como meta razoável de controlo glicémico, hemoglobinas glicadas de 7% para adultos (exceto grávidas), contudo refere que se pode ambicionar metas de hemoglobinas glicadas mais rigorosas de 6,5% para indivíduos selecionados (recém diagnosticados, tratados apenas com estilos de vida ou metformina, expectativa de vida longa ou ausência de doença cardiovascular significativa) em que isso possa acontecer sem hipoglicemias significativas ou outros efeitos adversos do tratamento, isto é polimedicação. Com efeito, tendo em conta os valores obtidos, se depreende que os participantes no estudo têm um controlo glicémico adequado, ou seja, a maioria encontra-se abaixo ou igual a 7%, contudo a percentagem dos que se distanciam deste valor ainda é considerável o que traduz uma ampla margem de melhoria do tratamento da DM na UCSP Águeda V, podendo até ambicionar-se níveis mais baixos se se tiver em linha de conta os aspetos apontados pela ADA (2017) e as características da amostra em estudo. Neste âmbito, a ADA (2017) propõe metas ideais para os alvos glicémicos, contudo alerta para que os objetivos sejam individualizados de acordo com as necessidades de cada pessoa e fatores da doença, pelo que sempre que possível, tais decisões devem ser tomadas em parceria, refletindo as suas preferências, necessidades e valores.

O tempo de evolução da doença dos participantes em estudo (39,2% entre 1 e 5 anos e 49% entre 6 a 10 anos) poderá explicar a baixa proporção de complicações, nomeadamente no que diz respeito aos internamentos motivados pela DM e presença de feridas nos pés, verificado em 2% dos casos para cada um deles, caracterização esta que vai de encontro à obtida em estudos na população portuguesa (Cunha et al., 2015; Sousa et al., 2008) e internacional (Caro-Bautista et al., 2016; Jannoo & Mamode Khan, 2018; Jannoo et al., 2017). O agravamento do controlo metabólico com o aumento do tempo de evolução da doença é expectável e pode dever-se à diminuição da adesão do doente em relação à modificação do estilo de vida e regime terapêutico, evolução da doença com disfunção orgânica e inércia clínica no ajuste da medicação antidiabética (Blonde et al., 2017; Khunti & Davies, 2010; Parajuli et al., 2014; Santos, Monteiro, Pereira, Freitas, & Marques, 2014).

Relativamente ao controlo de tensão arterial, 40,2 % dos participantes do estudo foram classificados com HTA Grau I, de acordo com classificação da DGS (2013b), valores semelhantes aos encontrados por Cortez-Dias et al. (2010) para a população portuguesa e a nível internacional para Tharek et al. (2018). Neste sentido, ensaios clínicos randomizados

demonstraram o benefício da diminuição da pressão arterial sistólica para 140 mmHg e a diastólica para 90 mmHg diastólica em indivíduos com DM na redução de eventos coronarianos, acidente vascular cerebral e doença renal diabética (Arguedas, Leiva, & Wright, 2013; Emdin et al., 2015). Além disso a ADA (2017) propõe que a maioria das pessoas com DM e hipertensão alcance valores de pressão arterial sistólica de 140 mmHg e pressão arterial diastólica de 90 mmHg. Pelo exposto anteriormente se conclui que a amostra em estudo apresenta valores preocupantes nesta matéria.

No que respeita ao controlo do peso, 36,3% dos participantes em estudo apresentam excesso de peso, tendo sido classificados com pré obesidade de acordo com norma de DGS (2013a) e apenas 10,8% com peso normal, achados estes verificados também com proporção semelhante na população portuguesa com Cortez-Dias et al. (2010) e a nível internacional (Mumu et al., 2014; Parajuli et al., 2014; Saleh et al., 2014; Tharek et al., 2018). Relativamente a estes resultados Pastors, Warshaw, Daly, Franz e Kulkarni (2002), referem que em utentes com DM tipo 2 com sobrepeso e obesos, a perda de peso modesta e sustentada demonstrou melhorar o controlo glicémico e reduz a necessidade de medicamentos hipoglicemiantes. Neste sentido, a ADA (2017) recomenda que os profissionais de saúde alertem os utentes relativamente a que IMC's mais altos aumentam o risco de doença cardiovascular e mortalidade por todas as causas, pelo que é importante avaliar a prontidão de cada um para atingir a perda de peso e determinar conjuntamente as metas de perda de peso e as estratégias de intervenção.

No tocante ao suporte familiar e de amigos, os resultados obtidos referem que em 52% dos casos, os indivíduos recebem ajuda de familiares e amigos ou podem recorrer a eles quando necessitam, resultados estes sobre os quais apenas se encontrou concordância com o estudo desenvolvido por Caro-Bautista et al. (2016), Mohebi et al. (2018) e Heissam et al. (2015), contudo ligeiramente superior. Este resultado assume especial importância se se considerar que o indivíduo que recebe apoio é capaz de obter aconselhamento quando enfrenta dificuldades, promovendo um impacto positivo nas relações entre indivíduos com DM e familiares, uma vez que melhora a comunicação entre os mesmos no processo de gestão de autocuidado (Pamungkas et al., 2017). Com efeito, para os mesmos autores o apoio da família revela-se eficaz na melhoria dos comportamentos de autocuidado na DM, pelo que se recomenda que as famílias e os profissionais de saúde valorizem as necessidades emocionais e de apoio dos indivíduos.

Quanto à vigilância da DM, os nossos resultados evidenciam que maioritariamente os indivíduos participantes no estudo efetuaram duas consultas de enfermagem/médicas no ano anterior ao período destinado à colheita de dados o que de acordo com o Ministério da Saúde (2013), está adequado, tendo em conta que as consultas de vigilância devem ter uma periodicidade determinada pela equipa multidisciplinar, consoante o quadro clínico individual, mas nunca inferior a semestral.

De modo a proceder à avaliação do nível de adesão às atividades de autocuidado e medicação dos participantes em estudo aplicaram-se as escalas AAD e MPAT com a finalidade de determinar o grau com que os itens das mesmas estão correlacionados entre si e com o resultado geral deste trabalho de investigação, avaliou-se a consistência interna de ambas as escalas recorrendo ao cálculo de *alfa de cronbach*. De acordo com Murphy Davisholder (1988) citado em Peterson (1994) os resultados obtidos para a escala AAD, classificam a fiabilidade da escala de inaceitável a elevada, uma vez que os valores variam de 0,29 a 0,94, sendo que a classificação inaceitável se refere às dimensões *Alimentação Específica* no 1º e 2º momento e à dimensão *Medicamentos* no 2º momento apenas. No caso da MPAT todos os resultados obtidos estão classificados como excelentes de acordo com a classificação anterior. Face ao exposto aceita-se que para aquelas dimensões exista elevada probabilidade de a medida não ter sido válida e o resultado não estar relacionado com o construto que se pretende medir e que por esse motivo pode afetar o poder de qualquer teste estatístico e aumentar a probabilidade de resultados não significativos. Neste sentido e segundo a perspetiva de Bland e Altman (1997), poder-se-ia aumentar a variância das respostas se se aumentasse o tamanho da amostra.

No primeiro momento de colheita de dados e relativamente à adesão às atividades de autocuidado cujos resultados foram obtidos através da escala AAD, os nossos resultados mostraram níveis mais elevados de adesão na dimensão *Medicamentos* e mais baixos na dimensão *Atividade Física*, estes resultados são coincidentes quando considerados em simultâneo com os encontrados para a população portuguesa por Albuquerque et al.(2015), verificando-se igualmente que as características sociodemográficas e clínicas das amostras são muito semelhantes. A elevada adesão à toma da medicação nos indivíduos com DM tipo 2 é uma tendência verificada também em outros estudos a nível internacional (Al-Khawaldeh et al., 2012; Boas, Foss, Freitas, & Pace, 2012; Jordan & Jordan, 2010; Figueira et al., 2017; Moehbi et al., 2018; Mosnier-Pudar et al., 2009; Tang et al., 2008; Wabe, Angamo, & Hussein, 2011). Estas evidências ressaltam o papel crítico desempenhado pela consciencialização de que a melhoria da adesão ao regime medicamentoso assegura o controlo glicémico adequado e minimiza a probabilidade de complicações relacionadas com a DM (Wabe et al., 2011). Cada comportamento de autocuidado requer diferentes tipos de conhecimento, habilidades, bem como diferentes níveis de motivação e confiança, pelo que os sujeitos podem diferir nas suas perceções da importância que cada comportamento tem na autogestão da DM, percebendo que a toma da medicação é a mais importante nesse âmbito (Al-Khawaldeh et al., 2012). O mesmo autor acrescenta que pode haver mais barreiras na adesão à dieta, ao exercício físico, à monitorização da glicémia e nos cuidados com os pés, do que na toma da medicação. Moehbi et al. (2018), refere que a toma da medicação é um comportamento que comparado com outros comportamentos de autocuidado (atividade física, alimentação saudável e monitorização de glicemia) pode ocorrer na ausência de apoio social. A este respeito Tang et al. (2008), clarifica que a toma da medicação em comparação com outras atividades de autocuidado é um comportamento que ocorre de forma isolada, sem experiência partilhada, na ausência de um contexto social maior e que nessa condição os indivíduos têm menos oportunidade de receber

um reforço social e quando verificados na forma de lembretes, podem ser interpretados como incómodos ou incomodativos.

A elevada adesão ao regime medicamentoso encontrada através da aplicação da escala AAD é corroborada pelos nossos resultados encontrados também com a aplicação da escala MPAT, para avaliação da adesão à toma da medicação antidiabética e outras não classificadas no presente estudo, mas que incluem anti hipertensores, anti dislipidémicos e outros, sendo possível através da mesma identificar aspetos do comportamento dos indivíduos que são importantes na classificação da adesão à terapêutica. O referido nível de adesão foi de  $5,72 \pm 0,63$ , numa escala em que o máximo é de 6 pontos. Tendo em conta as dimensões que compõem a escala MPAT, foi possível identificar que essa adesão foi maior em D7-*Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?* com  $5,89 \pm 0,67$  e menor em D1-*Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?* com  $5,48 \pm 0,93$ . De facto, os nossos achados estão em concordância com outros estudos, nos quais o esquecimento surge como uma das barreiras relacionadas com o indivíduo (sob o controlo da pessoa) e que interfere com a adesão ao regime medicamentoso (Adisa, Fakeye, & Fasanmade, 2011; Larkin, Hoffman, Stevens, Douglas, & Bloomgarden, 2015; Osterberg, Blaschke, & Koop, 2005; Radwan, Elsous, Al-Sharif, & Mustafa, 2017; Wabe et al., 2011).

No que diz respeito à prática de atividade física e aos níveis baixos de adesão que lhe estão relacionados é algo comum também em vários outros estudos (Al-Kaabi et al., 2009; Al-Khawaldeh et al., 2012; Ausili et al., 2017; Cunha et al., 2015; Parajuli et al., 2014; Saleh et al., 2014; Serour et al., 2007; Tharek et al., 2018). A este respeito Boavida (2013), refere que qualquer indivíduo é composto de muitas variáveis - algumas inatas e algumas adquiridas através do processo de aprendizagem ao longo da vida, sendo que essas variáveis podem interferir na adesão ao tratamento. A adesão ao exercício físico na DM tipo 2 é determinada segundo Koponen, Simonsen, e Suominen (2016) por variáveis físicas, psicológicas e sociais complexas e muitas dessas variáveis podem representar barreiras à prática de atividade física, que podem ter influenciado o nível de adesão da mesma, contudo não foram medidas no presente estudo. Com efeito, constituem barreiras à prática de exercício físico, falta de tempo, problemas familiares, não consciencialização e não conhecimento dos seus benefícios, co-morbilidades (hipertensão, obesidade, osteoartrite, asma) (Mumu et al., 2014; Saleh et al., 2014), preguiça, idade avançada, não frequentar programa de educação em DM (Mumu et al., 2014), desconforto físico, natureza entediante do exercício (Egan et al., 2013), condições climáticas, incompatibilidade com a atividade laboral, stresse e desmotivação (Korkiakangas et al., 2011). Níveis de adesão mais baixos surgem ainda associados a indivíduos separados/divorciados pela falta de suporte às modificações do estilo de vida, a indivíduos pertencentes à classe média e baixa pela associação com o *status* socioeconómico e a indivíduos que habitem em áreas urbanas (Parajuli et al., 2014).

No que se refere à avaliação da adesão às atividades de autocuidado no segundo momento de colheita de dados, ou seja, após a intervenção psicoeducativa e por intermédio da reaplicação da escala AAD e MPAT, obtiveram-se níveis médios de adesão mais elevados para todas as atividades de autocuidado (alimentação geral, alimentação específica, atividade física, cuidados com os pés, monitorização glicémia e medicamentos para ambas as escalas), diferenças estas que se mostraram estatisticamente significativas à exceção da dimensão D3-*Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?* e D7-*Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?* da escala MPAT. É de salientar que apesar de se ter verificado aumento nos níveis médios de adesão para todas as dimensões após a intervenção, esta diferença foi maior na dimensão *Alimentação Geral*, contudo este aumento não foi suficiente para que se verificasse mudança de comportamento, ou seja adesão por *score* inferior a cinco de acordo com Boas et al. (2011). Por outro lado, e de acordo com a mesma classificação, foi na dimensão *Alimentação Específica* que o aumento do nível médio de adesão foi suficiente para que se verificasse mudança de comportamento e, portanto, adesão.

Quando se testou a mudança de classificação sob duas categorias “aderente/não aderente” nos participantes em estudo face à intervenção psicoeducativa, esta mostrou-se estatisticamente significativa apenas na dimensão *Alimentação Geral* da escala AAD e na D1-*Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?* e D2-*Alguma vez foi descuidado com as horas de toma dos medicamentos para a sua doença?* da escala MPAT.

O impacto positivo nos níveis de adesão às atividades de autocuidado, obtidos por intermédio da educação para a autogestão na DM, também foram demonstrados em outros estudos, nomeadamente ao nível da alimentação saudável (Gutiérrez Herrera, Zerón, & Mendieta Alcántara, 2015; Keogh et al., 2011; Moriyama et al., 2009), nos cuidados com os pés (Chen et al., 2011; McEwen, Pasvogel, Gallegos, & Barrera, 2010) e exercício físico (Keogh et al., 2011).

Apesar dos resultados obtidos em apenas uma sessão individual com cada participante, Steinsbekk et al. (2012), referem que há evidências de que programas de educação com maior número de horas distribuídos por 6 a 10 meses ou com 6 a 10 sessões tenderam a apresentar melhores resultados. Alam, Sturt, Lall, e Winkley (2009), alertam, embora com critérios de inclusão diferentes, que as características da intervenção e do desenho do estudo, como o tempo de seguimento e a duração da intervenção, podem não ser tão importantes quanto o número de sessões fornecidas. A este respeito Loveman, Frampton, e Clegg (2008) acrescentam ainda que os efeitos positivos dos programas de educação podem ser atribuíveis a intervenções de longo prazo com uma duração mais curta entre o final da intervenção e o ponto de avaliação de acompanhamento, aspeto que vem justificar os nossos achados, uma vez que o tempo que mediou entre a intervenção e o segundo momento de colheita de dados foi de quatro semanas, o que se considera um tempo relativamente curto para a mudança de comportamento. A manutenção a longo prazo do impacto positivo das atividades de educação ainda está a ser discutida, embora os efeitos mais longos sejam mostrados em indivíduos que participaram em

programas de educação em grupo (Debussche et al., 2012). Nestes, há evidências de resultados significativos como melhor controle glicémico, aumento do conhecimento sobre diabetes, habilidades de autogestão e autoeficácia/*empowerment* (Steinsbekk et al., 2012).

De acordo com Asante (2013) e Vermeire et al. (2009) as intervenções desenvolvidas por enfermeiros, no âmbito da educação para a autogestão da DM, cujo conteúdo se concentre em tópicos do autocuidado como a adesão ao regime medicamentoso (lembretes, mnemónicas...), alimentação saudável, exercício físico, cuidados com os pés, monitorização regular de glicémia e controlo da depressão por intermédio do telefone ou acompanhamento presencial mostraram-se estatisticamente significativas no controle glicémico, na diminuição dos níveis de hemoglobina glicada entre 0,1% a 1,87%, aumentando a adesão. Ainda a este respeito, segundo as conclusões de Steinsbekk et al. (2012), a educação para a autogestão da DM, que é desenvolvida com a contribuição dos participantes no planeamento, execução e avaliação da mesma, promove melhores efeitos, indicando que não é necessário que os programas de educação sejam sustentados por um modelo teórico. Com efeito o Manual de Educação em Diabetes Tipo 2, (Dias, n.d.), utilizado neste estudo, constitui uma ferramenta, cujo conteúdo programático vai de encontro ao explanado anteriormente.

Segundo Barnard, Peyrot, e Holt (2012) recomenda-se que a abordagem da pessoa com DM seja conduzida pelas necessidades da mesma, pelo que as intervenções projetadas para uma mudança de comportamento deverão ser desenvolvidas de acordo com essas mesmas necessidades, o que vai de encontro à estratégia de intervenção delineada para este estudo de investigação. Com efeito, a individualização ou adaptação de estratégias para mudança de comportamento para as necessidades individuais é mais eficaz do que uma forma genérica de qualquer estratégia (Noar, Benac, & Harris, 2007) tendendo a ser mais centrada na pessoa.

Face ao exposto, embora tenhamos que considerar os resultados da fiabilidade e validade das escalas usadas, crê-se que a intervenção psicoeducativa segundo as orientações de Dias (n.d.), tenha produzido um efeito positivo na adesão e consequente mudança de comportamento na alimentação geral e na diminuição do esquecimento da toma de medicação, nos participantes em estudo, quatro semanas após a sua implementação.

Neste sentido, se justifica a pertinência da intervenção do enfermeiro de família na promoção da adesão da pessoa com DM tipo 2 ao regime terapêutico instituído, pela sua competência na promoção de um cuidado centrado na pessoa e família. O carácter multifatorial e multidimensional do fenómeno da adesão ao regime terapêutico especificamente na DM tipo 2, exige assim um cuidado que seja guiado pelas necessidades individuais e pelo contexto de cada pessoa em particular. Desta forma, o enfermeiro de família surge como o profissional qualificado capaz de ampliar o foco de observação do indivíduo para a família a fim de apreender a sua complexidade através das relações intra e inter-sistémicas, aceitar os seus processos de auto-organização e reconhecer a sua participação no sistema (Figueiredo, 2013). Segundo Burns et al.(2013) a DM constitui-se condição familiar que induz a uma adaptação/reorganização familiar pelas

exigências que impõe, ultrapassando a pessoa portadora interferindo na vida familiar e no universo das suas relações (Péres et al., 2007). Neste sentido, um cuidado de enfermagem especializado em saúde familiar toma assim por foco as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente (OE, 2015), a fim de garantir o entendimento sistémico da experiência de viver com problemas de saúde, uma vez que a experiência de viver com DM é considerado um evento causador de stresse crónico que afeta múltiplos domínios da vida (Nicolucci et al., 2013).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar ao considerar uma interação colaborativa através de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, permite apreender a complexidade dos processos familiares inerentes ao seu desenvolvimento, estrutura e modo de funcionamento, identificar de forma rigorosa as reais necessidades das famílias e por conseguinte o desenvolvimento de intervenções mais efetivas. Reconhece-se neste âmbito o seu papel fundamental, na planificação e articulação de cuidados, com os diversos profissionais da equipa de saúde, com outros setores e recursos da comunidade bem como na mobilização de recursos internos promotores de novas formas de interação que fortalecem a saúde da família e a sua autonomia na adaptação contínua nos processos de saúde/doença, enquanto sistema transformativo (Figueiredo, 2013; OE, 2015; WHO, 2000)

## 6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

No presente subcapítulo são apresentadas as conclusões que emergiram do desenvolvimento deste trabalho de investigação e da análise e discussão dos resultados obtidos, bem como as principais limitações e implicações para a prática e trabalho futuro.

O estudo desenvolvido possibilitou dar resposta às questões de investigação e aos objetivos inicialmente traçados, na medida em que possibilitou caracterizar o nível de adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso e identificar os participantes no estudo com não adesão e em que dimensões do autocuidado essa não adesão se verificou. A referida caracterização e identificação veio permitir a realização de intervenção psicoeducativa padronizada, nos utentes com não adesão e especificamente nas dimensões sinalizadas. Foi ainda possível proceder à avaliação do impacto da intervenção mencionada, avaliando quatro semanas após a sua implementação o nível de adesão de todos os participantes no estudo.

No que se refere às principais conclusões do estudo e do ponto de vista sociodemográfico, obteve-se uma amostra de participantes maioritariamente composta por homens, com uma predominância de idades inferior a sessenta e cinco anos de idade, pertencentes a Classe Social IV, maioritariamente casados e talvez por esse motivo coabitem predominantemente com esposa/marido/companheiro e reformados. Ao nível clínico os participantes do estudo de um modo geral possuem DM há cerca de 6-10anos, estão classificados com destaque em pré-obesidade, obesidade e hipertensão de Grau I, apresentam hemoglobina glicada predominantemente inferior ou igual a 7%, medicados sobretudo com antidiabéticos orais e no último ano a maioria fez duas consultas de vigilância.

Em relação ao nível de adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso no primeiro momento de colheita de dados, os melhores resultados foram encontrados para a toma da medicação, seguido dos cuidados com os pés, nos quais se revelaram aderentes. Por outro lado, os resultados mais fracos, foram verificados ao nível da atividade física seguidos da alimentação geral e alimentação específica. Importa ainda salientar que relativamente à monitorização de glicémia, os participantes do estudo, apresentaram bons resultados na medida em que o nível de adesão ultrapassou o recomendado pelo profissional de saúde.

No que diz respeito ao nível de adesão ao autocuidado (alimentação geral e específica, exercício físico, cuidados com os pés e medicação) dos participantes em estudo, após a intervenção psicoeducativa, ou seja, no segundo momento colheita de dados, os resultados obtidos permitem concluir que houve um aumento generalizado em todas as dimensões que o compõem. As diferenças nos níveis médios de adesão, entre o primeiro e segundo momento de colheita de dados, mostraram-se estatisticamente significativas em todas as dimensões do autocuidado à exceção das dimensões que se referem ao facto dos indivíduos deixarem de tomar os medicamentos por se sentirem melhor ou por qualquer outra razão que não seja a indicação do médico. A maior diferença no nível médio de adesão entre momentos de avaliação, foi



encontrada para a alimentação geral, contudo esta não foi suficiente para que se verificasse mudança de comportamento, por *score* inferior a cinco pontos. A única dimensão do autocuidado para a qual se verificou mudança de comportamento do primeiro para o segundo momento de avaliação foi na alimentação específica, porém a consistência interna da escala que o avalia foi classificado como inaceitável. No que toca à proporção de indivíduos que alteraram *status* de “não aderente” para “aderente” do primeiro para o segundo momento de colheita de dados, as diferenças encontradas apenas se revelaram estatisticamente significativas para a dimensão da alimentação geral e na dimensão que se refere ao deixar de tomar a medicação por esquecimento ou por ser descuidado com as horas de toma da mesma.

A educação terapêutica constitui uma parte importante no tratamento da DM, pois é por intermédio desta que os indivíduos portadores são capacitados para realizar a autogestão da doença. Face ao exposto crê-se que as diferenças obtidas entre os momentos de colheita de dados possam ser devidas à intervenção psicoeducativa seguindo as orientações de Dias (n.d.), quatro semanas após a sua implementação nos participantes em estudo.

Desta forma, com o presente trabalho de investigação foi possível conhecer melhor as características de uma proporção de indivíduos com DM tipo 2, as dimensões do autocuidado para os quais apresentam maior dificuldade e que na tentativa de as reduzir ou eliminar a intervenção proposta se mostra efetiva nesse âmbito, pelo que constitui uma ferramenta a usar na abordagem da pessoa com DM tipo 2 no geral e na adesão ao regime terapêutico em particular.

O processo de aprendizagem é complexo e a sua efetividade por intermédio da adesão às atividades de autocuidado, dependem de fatores que incluem comprometimento para o autocuidado, vontade de aprender, apoio familiar, vínculo com a equipa de saúde, situação financeira, influências culturais, além de crenças e atitudes em relação à saúde. Com efeito, porque os fatores referidos têm impacto na amplitude de ganhos ao nível da adesão e porque estes podem ter limitado melhores resultados neste estudo, seria pertinente a implementação de um novo ciclo da metodologia de investigação-ação, a fim de os identificar na amostra em estudo e aplicar medidas corretivas concordantes na intervenção desenvolvida para mais e melhores ganhos em saúde.

Acreditamos que uma intervenção de enfermagem no âmbito da adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso, que inclua o indivíduo, família e comunidade onde está inserido e a perspetiva destes, será mais direcionada às suas dificuldades e por conseguinte mais efetiva no alcance do melhor potencial em saúde, pelo que se sugere que outros estudos desta natureza sejam desenvolvidos em Portugal, noutros contextos de trabalho e com amostras mais representativas, a fim de que se possa ter um maior entendimento desta problemática e agir em conformidade.

Uma das limitações que se aponta ao presente trabalho de investigação, prende-se com questões de limitação temporal, que impediu a recolha de uma amostra de maiores dimensões

e a sua randomização a fim de permitir a representatividade da população e consequente generalização dos resultados. Um outro aspeto, mas também relacionado com o anterior, prende-se com a obtenção de valores de fiabilidade inaceitáveis para a escala AAD nas dimensões *Alimentação Específica* para o primeiro e segundo momento de avaliação e *Medicamentos* apenas para o segundo momento, contudo decidiu-se mantê-las em estudo pelo seu valor na caracterização da adesão dos participantes em estudo e pela sua importância na autogestão da DM tipo 2.

Um outro aspeto que é importante sinalizar está relacionado com a forte implicação do investigador inerente à metodologia de investigação-ação, que podem ter levado à distorção dos dados colhidos, quer pela investigadora aquando da aplicação do formulário, quer pelos participantes que podem querer ter ido de encontro às expectativas da investigadora.

Para finalizar, crê-se que este trabalho de investigação, tenha vindo reforçar a necessidade de uma intervenção que considere tanto as necessidades individuais como as características do contexto da pessoa portadora, dado o carácter multifatorial e multidimensional do fenómeno da adesão ao regime terapêutico. Para tal constitui-se imprescindível a atuação do enfermeiro de família, cuja intervenção assenta num paradigma que transcende o indivíduo e que inclui a família a sua complexidade, as suas relações intra e intersistémicas, para um entendimento sistémico da experiência de viver com DM tipo 2, a fim de possibilitar a mobilização de recursos internos e externos que promovam a saúde familiar e a sua autonomia no processo de tomada de decisão.



## **SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO**

Este relatório reflexivo permitiu dar resposta aos objetivos inicialmente traçados para o mesmo, na medida em que se procurou evidenciar o trabalho desenvolvido na UCSP Águeda V, analisando de forma crítico-reflexiva as competências desenvolvidas, as dificuldades na sua concretização e as estratégias usadas para as ultrapassar. Foi ainda possível, com este documento, apresentar o trabalho de investigação desenvolvido, integrado no estágio, que procurou, sobretudo, avaliar o impacto da intervenção do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico nos utentes com DM tipo 2, documentando a sua influência positiva na promoção das atividades de autocuidado, ainda que de modo variável.

A DM constitui um grave problema de saúde pública pela sua crescente prevalência na população, pelas suas complicações e mortalidade e pelos altos custos financeiros e sociais decorrentes do tratamento e deterioração significativa da qualidade de vida. Com efeito, é descrita de forma consistente como sendo uma das doenças crónicas mais exigentes do ponto de vista comportamental e psicológico, cujo impacto se estende à família e sociedade, pois constitui um processo que envolve um ciclo contínuo de adaptações no estilo de vida associado a um regime de tratamento complexo e sistema de monitorização desde o diagnóstico, pelo que se confirma o risco acrescido da não adesão ao regime terapêutico globalizado.

A adesão ao regime terapêutico surge mediada por diversas variáveis pessoais, situacionais e sociais e que explicam os comportamentos de adesão ao tratamento, pelo que a sua identificação é fundamental, na medida em que o seu conhecimento contribui para uma melhor compreensão das razões que levam o indivíduo a aderir ou não a um determinado regime terapêutico. Neste âmbito a crença de que a pessoa com DM é a única responsável pela não adesão é errónea, esta apresenta-se como um fenómeno multifatorial em que os determinantes relacionados com o indivíduo constituem apenas uma parte na esfera biopsicossocial e espiritual que o caracteriza.

Face ao exposto se compreende que é exigido uma abordagem multifatorial por uma equipa multi e interdisciplinar onde o enfermeiro assume um papel ativo e fundamental, uma vez que se encontra numa posição estratégica para intervir numa lógica de interação enfermeiro/pessoa/família/grupos/comunidade com recurso a metodologia científica para a identificação de problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular.

Neste âmbito, se justifica a relevância do papel do enfermeiro de família na gestão da DM, na capacitação do indivíduo através de uma abordagem centrada na família e nos seus processos desenvolvimentais, a fim de possibilitar uma perceção mais integrada dos problemas de saúde. Além disso a interação com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado do pensamento crítico (compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilo de funcionamento), permite a efetivação de uma prática direcionada para a capacitação funcional das famílias, ao identificar e mobilizar recursos internos e externos que fortalecem a

saúde da família e promovem a sua autonomia, para assim fazer face às exigências e especificidades inerentes a uma transição situacional como a DM.

Na DM é reconhecida a necessidade do papel ativo do indivíduo no autocuidado e gestão da doença o que implica que para que este seja autónomo e consiga gerir de modo adequado todos os aspetos relacionados com a doença necessita de apreender e integrar diversas competências que lhe possibilitem lidar com os sintomas e limitações que lhe estão inerentes, quer pelas características da doença quer pelo regime terapêutico. Neste sentido destaca-se o papel preponderante do enfermeiro no processo de transmissão de conhecimentos e capacitação do indivíduo para a autogestão por estar treinado para se adaptar à linguagem que o doente consegue compreender, por se encontrar próximo deste e por estar presente em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Com efeito, o enfermeiro de família numa relação de proximidade e continuidade de cuidados personalizados, constitui-se como um dos principais gestores da situação de saúde do indivíduo/família e responsável pela mobilização destes entre os vários serviços de saúde.

A realização deste estudo foi, sem dúvida, uma oportunidade única de aprendizagem tanto no campo pessoal como profissional e uma forte motivação para aplicar na prática as competências adquiridas, quer na enfermagem de família, quer na gestão do regime terapêutico da DM, com o objetivo máximo de melhorar a qualidade de vida da pessoa com DM e sua família, proporcionando os meios para participar na melhoria da adesão ao mesmo.

Pretende-se desta forma que o presente trabalho de investigação tenha contributos na construção de uma prática de enfermagem baseada na evidência, no estabelecimento de práticas profissionais mais adequadas, com previsível garantia de melhores resultados e que otimize os recursos disponíveis com a participação ativa de todos os envolvidos no complexo processo terapêutico e de tomada de decisão. Do mesmo modo ambiciona-se que constitua também uma mais-valia neste âmbito para os profissionais de saúde no geral e da UCSP Águeda V em particular. Face ao exposto, além deste enriquecimento e contributo há o interesse em continuar a investir na produção de conhecimento nesta área.

Especificamente em relação ao relatório de estágio que congrega o estágio de natureza profissional e o trabalho de investigação desenvolvido a partir deste, constituiu uma oportunidade privilegiada de reflexão que propiciou e valorizou a reconstrução pessoal do conhecimento já existente ao promover novas formas de apreender, de compreender, de atuar e de resolver problemas num caminho conducente a uma maior consciência e controlo do que se faz, ou seja permitiu a aprendizagem através da procura de significados para as experiências vividas positivas e menos positivas, alterando formas de ser, estar e fazer na profissão.

A experiência menos positiva a salientar prende-se com a dificuldade de conciliação da carga horária presencial semanal do estágio com a atividade profissional e pessoal, que exigiu um esforço acrescido para a sua realização, contudo a flexibilidade de horários (estágio e local de

trabalho) o apoio incondicional dos supervisores, orientadores, amigos e família tornaram possível a sua concretização.

Quanto às experiências positivas mais marcantes destaca-se a aquisição de competências ao nível da investigação essenciais para o desenvolvimento profissional assente numa prática baseada na evidência e a aquisição de competências no âmbito da enfermagem de família, uma vez que ao desenvolver práticas colaborativas de avaliação e intervenção na família possibilitou um entendimento sistémico do indivíduo/família com experiência de problemas de saúde.

Como sugestão, considera-se que numa fase anterior à realização do trabalho de investigação era importante um maior investimento na abordagem de conteúdos de investigação e tratamento de dados, para que o planeamento do trabalho seja mais consistente e a sua execução menos limitadora.

Considera-se ainda pertinente, pelos motivos referidos acima, a apresentação à equipa da UCSP Águeda V dos resultados obtidos e a discussão do estudo, para que a mesma tenha perceção da sua prática, tendo como objetivo a melhoria contínua da prestação de cuidados nesta área.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abubakari, A.-R., Cousins, R., Thomas, C., Sharma, D., & Naderali, E. K. (2016). Sociodemographic and Clinical Predictors of Self-Management among People with Poorly Controlled Type 1 and Type 2 Diabetes: The Role of Illness Perceptions and Self-Efficacy. *Journal of Diabetes Research*, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2016/6708164>
- ADA. (2016). Standards of Medical Care in Diabetes - 2016. *Diabetes Care Journal*, 39(1), s112. <https://doi.org/10.2337/dc16-S001>
- ADA. (2017). Standards of medical care in Diabetes - 2017, 40(1), 142. Retrieved from [http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement\\_1.DC1/DC\\_40\\_S1\\_final.pdf](http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf)
- Adepoju, O. E., Bolin, J. N., Phillips, C. D., Zhao, H., Ohsfeldt, R. L., Mcmaughan, D. K., ... Forjuoh, S. N. (2014). Effects of diabetes self-management programs on time to hospitalization among patients with type 2 diabetes: A survival analysis model. *Patient Educ Couns*, 95(1), 111–117. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.01.001>
- Adisa, R., Fakeye, T. O., & Fasanmade, A. (2011). Medication adherence among ambulatory patients with type 2 diabetes in a tertiary healthcare setting in Southwestern Nigeria. *Pharmacy Practice*, 9(2), 72–81. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969829/pdf/pharmpract-09-072.pdf>
- Aikens, J. E., Zivin, K., Trivedi, R., & Piette, J. D. (2014). Diabetes self-management support using mHealth and enhanced informal caregiving. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 28(2), 171–176. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2013.11.008>
- Al-Kaabi, J., Al-Maskari, F., Saadi, H., Afandi, B., Parkar, H., & Nagelkerke, N. (2009). Physical Activity and reported barriers to activity Among Type 2 Diabetic Patients in the United Arab Emirates. *The Review of Diabetic Studies*, 6(4), 271–278. <https://doi.org/10.1900/RDS.2009.6.271>
- Al-Khawaldeh, O. A., Al-Hassan, M. A., & Froelicher, E. S. (2012). Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 26(1), 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2011.11.002>
- Alam, R., Sturt, J., Lall, R., & Winkley, K. (2009). An updated meta-analysis to assess the effectiveness of psychological interventions delivered by psychological specialists and generalist clinicians on glycaemic control and on psychological status. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.026>



- Albuquerque, C., Correia, C., & Ferreira, M. (2015). Adherence to the therapeutic regime in person with type 2 diabetes. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 350–358. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.132>
- American Diabetes Association (ADA). (2016). Standards of Medical Care in Diabetes—2016 Abridged for Primary Care Providers. *Clinical Diabetes*, 34(1), 3–21. <https://doi.org/10.2337/diaclin.34.1.3>
- Anderson, E. S., Wojcik, J. R., Winett, R. A., & Williams, D. M. (2006). Social-cognitive determinants of physical activity: The influence of social support, self-efficacy, outcome expectations, and self-regulation among participants in a church-based health promotion study. *Health Psychology*, 25(4), 510–520. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.4.510>
- Arguedas, J., Leiva, V., & Wright, J. (2013). Blood pressure targets for hypertension in people with diabetes mellitus TL - 10. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 10 VN-r(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008277.pub2>
- Asante, E. (2013). Interventions to promote treatment adherence in type 2 diabetes mellitus. *British Journal of Community Nursing*, 18(6), 267–274. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.6.267>
- August, K. J., Rook, K. S., Franks, M. M., & Stephens, M. A. P. (2013). Spouses' involvement in their partners' diabetes management: Associations with spouse stress and perceived marital quality. *Journal of Family Psychology*, 27(5), 712–721. <https://doi.org/10.1037/a0034181>
- August, K. J., & Sorkin, D. H. (2010). Marital status and gender differences in managing a chronic illness: the function of health-related social control. *Social Science & Medicine* (1982), 71(10), 1831–1838. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.022>
- Ausili, D., Bulgheroni, M., Ballatore, P., Specchia, C., Ajdini, A., Bezze, S., ... Genovese, S. (2017). Self-care, quality of life and clinical outcomes of type 2 diabetes patients: an observational cross-sectional study. *Acta Diabetologica*, 54(11), 1001–1008. <https://doi.org/10.1007/s00592-017-1035-5>
- Ausili, D., Masotto, M., Ora, C. D., Salvini, L., & Mauro, S. Di. (2014). A literature review on self-care of chronic illness: definition, assessment and related outcomes. *Professioni Infermieristiche*, 67(3), 180–189. <https://doi.org/10.7429/pi.2014.673180>
- Ayele, K., Tesfa, B., Abebe, L., Tilahun, T., & Girma, E. (2012). Self Care Behavior among Patients with Diabetes in Harari, Eastern Ethiopia: The Health Belief Model Perspective. *PLoS ONE*, 7(4), e35515. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0035515>
- Baig, A. A., Benitez, A., Quinn, M. T., & Burnet, D. L. (2015). Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1353(1), 89–112. <https://doi.org/10.1111/nyas.12844>

- Baptista, L. M. L. (2013). *Representações Cognitivas da Diabetes, Conhecimentos acerca da Doença e Autocuidados: um estudo com Diabéticos Tipo 2 controlados e não controlados*. Universidade Católica Portuguesa - centro Regional de Braga. Retrieved from [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16030/1/Dissertação Luís.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16030/1/Dissertação%20Luís.pdf)
- Barnard, K. D., Peyrot, M., & Holt, R. I. G. (2012). Psychosocial support for people with diabetes: past, present and future. *Diabetic Medicine*, 29(11), 1358–1360. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2012.03727.x>
- Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Medica Portuguesa*, 20(1), 11–20.
- Bennich, B. B., Røder, M. E., Overgaard, D., Egerod, I., Munch, L., Knop, F. K., ... Konradsen, H. (2017). Supportive and non-supportive interactions in families with a type 2 diabetes patient: an integrative review. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 9, 57. <https://doi.org/10.1186/s13098-017-0256-7>
- Berg, C. A., King, P. S., Butler, J. M., Pham, P., Palmer, D., Wiebe, D. J., & Berg, C. (2011). Parental Involvement and Adolescents' Diabetes Management: The Mediating Role of Self-Efficacy and Externalizing and Internalizing Behaviors. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(3), 329–339. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq088>
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1997). Cronbach's alpha. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 314(7080), 572. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9055718>
- Blonde, L., Aschner, P., Bailey, C., Ji, L., Leiter, L. A., & Matthaiei, S. (2017). Gaps and barriers in the control of blood glucose in people with type 2 diabetes. *Diabetes & Vascular Disease Research*, 14(3), 172–183. <https://doi.org/10.1177/1479164116679775>
- Boas, L. C. G.-V., Foss, M. C., Foss-Freitas, M. C., Torres, H. D. C., Monteiro, L. Z., & Pace, A. E. (2011). Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(2), 272–279. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000200008>
- Boas, L. C. G.-V., Foss, M. C., Freitas, M. C., & Pace, A. E. (2012). Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 8. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/2814/281421971008/>
- Boavida, J. M. (2013). Educação do doente terapêutico no tratamento da diabetes. *Rev Port Cardiol*, 32, 32–34. Retrieved from [www.revportcardiol.org](http://www.revportcardiol.org)
- Bonner, T., Foster, M., & Spears-Lanoix, E. (2016). Type 2 diabetes related foot care knowledge and foot self-care practice interventions in the United States: a systematic review of the literature. *Diabetic Foot & Ankle*, 7, 29758. <https://doi.org/10.3402/dfa.v7.29758>

- Brunisholz, K. D., Briot, P., Hamilton, S., Joy, E. A., Lomax, M., Barton, N., ... Cannon, W. (2014). Diabetes self-management education improves quality of care and clinical outcomes determined by a diabetes bundle measure. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 533–542. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S69000>
- Bubalo, J., Clark, R. K., Jiing, S. S., Johnson, N. B., Miller, K. A., Clemens-Shipman, C. J., & Sweet, A. L. (2010). Medication adherence: Pharmacist perspective. *Journal of the American Pharmacists Association*, 50(3), 394–406. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2010.08180>
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. NOC de Adesão Terapêutica*. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Interven??es+para+Aumentar+a+Ades?o+Terap?utica+em+Patologias+Cr?nicas#0>
- Burns, K., Nicolucci, A., Holt, R. I. G., Willaing, I., Hermanns, N., Kalra, S., ... Peyrot, M. (2013). Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking indicators for family members living with people with Diabetes. *Diabetic Medicine*, 30(7), 778–788. <https://doi.org/10.1111/dme.12239>
- Butler, R. J., Davis, T. K., Johnson, W. G., & Gardner, H. H. (2011). Effects of nonadherence with prescription drugs among older adults. *The American Journal of Managed Care*, 17(2), 153–160. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21473664>
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa. Retrieved from <https://www.apifarma.pt/publicacoes/siteestudos/Documents/Conclusões Adesão à Terapêutica PT.pdf>
- Campbell, R. K. (2012). Recommendations for improving adherence to type 2 diabetes mellitus therapy--focus on optimizing insulin-based therapy. *The American Journal of Managed Care*, 18(3 Suppl), S55-61. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22558943>
- Canadian Nurses Association. (2005). Chronic Disease and Nursing : What ' s the issue ?, (613), 1–7.
- Caníço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E., & Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de família : plano de cuidados*. (Imprensa da Universidade de Coimbra, Ed.). Coimbra. Retrieved from [https://books.google.pt/books?id=ZBkyoxUfE9MC&dq=tipos+de+famílias&lr=&hl=pt-PT&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.pt/books?id=ZBkyoxUfE9MC&dq=tipos+de+famílias&lr=&hl=pt-PT&source=gbs_navlinks_s)
- Caro-Bautista, J., Morilla-Herrera, J. C., Villa-Estrada, F., Gallego, M., Lupianez-Pérez, I., & Morales-Asencio, J. M. (2016). Adapatación cultural al español e validación psicométrica del Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA) en personas con Diabetes

- Mellitus tipo 2. *Atenção Primária*, 48(7), 458–467. Retrieved from [https://ac.els-cdn.com/S0212656715003388/1-s2.0-S0212656715003388-main.pdf?\\_tid=7ef7bb40-16cf-40dd-b69a-4b1fbd0e819f&acdnat=1526641514\\_885056e374edee1ec87507bb8c3f1352](https://ac.els-cdn.com/S0212656715003388/1-s2.0-S0212656715003388-main.pdf?_tid=7ef7bb40-16cf-40dd-b69a-4b1fbd0e819f&acdnat=1526641514_885056e374edee1ec87507bb8c3f1352)
- Chen, M. Y., Huang, W. C., Peng, Y. S., Guo, J. S., Chen, C. P., Jong, M. C., & Lin, H. C. (2011). Effectiveness of a health promotion programme for farmers and fishermen with type-2 diabetes in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 2060–2067. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05678.x>
- CIE, C. I. dos E. (2008). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.), *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Clar, C., Barnard, K., Cummins, E., Royle, P., Waugh, N., & Aberdeen Health Technology Assessment Group. (2010). Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: systematic review. *Health Technology Assessment*, 14(12), 1–140. <https://doi.org/10.3310/hta14120>
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs (Project Hope)*, 28(1), 75–85. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.75>
- Correia, C. S. L. (2007). *Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2 - O papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem*.
- Correia, I., Figueiredo, J., Filipe Raposo, J., Serrabulho, L., Dias, A., Costa, A., ... Santos, S. (2018). *Educação Terapêutica na Diabetes Competências dos profissionais de saúde e das pessoas com Diabetes*. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Ed.). Retrieved from [http://spd.pt/images/booklet\\_educacao\\_terapeutica.pdf](http://spd.pt/images/booklet_educacao_terapeutica.pdf)
- Cortez-Dias, N., Martins, S., Belo, A., & Fiuza, M. (2010). Prevalência, tratamento e controlo da diabetes mellitus e dos factores de risco associados nos cuidados de saúde primários em Portugal [38]. *Revista Portuguesa De Cardiologia*, 29(4), 29.
- Cortez, D. N., Reis, I. A., Aparecida, D., Souza, S., Mara, M., Macedo, L., ... Correspondente, A. (2015). Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. *Acta Paul Enferm*, 28(3), 250–255. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500042>
- Costa, V., Graça Pereira, M., & Pedras, S. (2012). Partner support, social-cognitive variables and their role in adherence to self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes. *European Diabetes Nursing*, 9(3), 81–86. <https://doi.org/10.1002/edn.212>
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. R. (2009). Investigação-acção : metodologia preferencial nas práticas educativas. *Revista Psicologia, Educação E Cultura*. <https://doi.org/49418854>

- Coyle, M. E., Francis, K., & Chapman, Y. (2013). Self-management activities in diabetes care: a systematic review. *Australian Health Review*, 37(4), 513. <https://doi.org/10.1071/AH13060>
- Cunha, M., André, S., Granado, J., Albuquerque, C., & Madureira, A. (2015). Empowerment and adherence to the therapeutic regimen in people with diabetes. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 171, 289–293. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.124>
- Curkendall, S. M., Thomas, N., Bell, K. F., Juneau, P. L., & Weiss, A. J. (2013). Predictors of medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus. *Current Medical Research and Opinion*, 29(10), 1275–1286. <https://doi.org/10.1185/03007995.2013.821056>
- Currie, C. J., Peyrot, M., Morgan, C. L., Poole, C. D., Jenkins-Jones, S., Rubin, R. R., ... Evans, M. (2012). The impact of treatment noncompliance on mortality in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 35(6), 1279–1284. <https://doi.org/10.2337/dc11-1277>
- Dalton, J. M., & Matteis, M. (2014). The Effect of Family Relationships and Family Support on Diabetes Self-Care activities of older adults: a pilot study. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 21(1), 12–24. Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=489d9172-dc18-41cc-be03-5539fc4a7923%40sessionmgr4006>
- Dashiff, C., Hardeman, T., & McLain, R. (2008). Parent-adolescent communication and diabetes: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 140–162. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04549.x>
- DCCTRG. (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine*, 329(14), 977–986. Retrieved from <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199309303291401>
- Debussche, X., Collin, F., Fianu, A., Balcou-Debussche, M., Fouet-Rosiers, I., Koleček, M., & Favier, F. (2012). Structured self-management education maintained over two years in insufficiently controlled type 2 diabetes patients: the ERMIES randomised trial in Reunion Island. *CARDIO VASCULAR DIABETOLOGY*. *Cardiovascular Diabetology*, 11, 91–102. Retrieved from <http://www.cardiab.com/content/11/1/91>
- DeFronzo, R. A. (2015). *International textbook of diabetes mellitus*. (Wiley - Blackwell, Ed.) (4th ed.). Retrieved from <https://www.wiley.com/en-us/International+Textbook+of+Diabetes+Mellitus%2C+2+Volume+Set%2C+4th+Edition-p-9780470658611>
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde E Doenças*, 2(2), 81–100. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2004000200007>

- DGS. (2011). Norma da DGS nº 052/2011, 28.
- DGS. (2013a). Avaliação antropométrica no adulto. *Ministério Da Saúde*. Retrieved from <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013.aspx>
- DGS. (2013b). Hipertensão Arterial: definição e classificação. *Ministério Da Saúde*.
- DGS. Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2, Pub. L. No. 001/2013, DGS 152 (2013). Retrieved from <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/02/Processo-Assistencial-Integrado-Diabetes-Mellitus-tipo-2.pdf>
- Dias, A. (n.d.). *Manual de Educação em Diabetes Tipo 2*. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Ed.). Abbot Diabetes Care.
- Dimatteo, M. R. (2004). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207–218. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.880.3823&rep=rep1&type=pdf>
- Dixon, J. B., Browne, J. L., Mosely, K. G., Rice, T. L., Jones, K. M., Pouwer, F., & Speight, J. (2014). Severe obesity and diabetes self-care attitudes, behaviours and burden: implications for weight management from a matched case-controlled study. Results from Diabetes MILES-Australia. *Diabetic Medicine*, 31(2), 232–240. <https://doi.org/10.1111/dme.12306>
- Duncan, I., Birkmeyer, C., Coughlin, S., Li, Q., Sherr, D., & Boren, S. (2009). Assessing the Value of Diabetes Education. *The Diabetes Educator*, 35(5), 752–760. <https://doi.org/10.1177/0145721709343609>
- Egan, A. M., Mahmood, W. A. W., Fenton, R., Redziniak, N., Kyaw Tun, T., Sreenan, S., & McDermott, J. H. (2013). Barriers to exercise in obese patients with type 2 diabetes. *Qjm*, 106(7), 635–638. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hct075>
- Emdin, C. A., Rahimi, K., Neal, B., Callender, T., Perkovic, V., & Patel, A. (2015). Blood Pressure Lowering in Type 2 Diabetes. *Jama*, 313(6), 603. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.18574>
- ERS. (2011). Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus. ERS. Retrieved from [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/139/DM\\_Relatorio\\_Final.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/139/DM_Relatorio_Final.pdf)
- Fan, L., & Sidani, S. (2009). Effectiveness of Diabetes Self-management Education Intervention Elements: A Meta-analysis. *Canadian Journal of Diabetes*, 33(1), 18–26. [https://doi.org/10.1016/S1499-2671\(09\)31005-9](https://doi.org/10.1016/S1499-2671(09)31005-9)
- Faria, H. T. G. (2008). *Fatores Relacionados à Adesão do Paciente*. Universidade de São Paulo.
- Faria, H. T. G. (2011). *Desafios para a atenção em saúde : adesão ao tratamento e controle metabólico em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 , no município de Passos , MG*

*Desafios para a atenção em saúde: adesão ao tratamento e controle metabólico em pessoas com diabetes mellii.* Universidade de São Paulo- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

- Feldman, B. S., Cohen-Stavi, C. J., Leibowitz, M., Hoshen, M. B., Singer, S. R., Bitterman, H., ... Balicer, R. D. (2014). Defining the role of medication adherence in poor glycemic control among a general adult population with diabetes. *PloS One*, 9(9), e108145. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108145>
- Fernandes, J. R., Ogurtsova, K., Linnenkamp, U., Guariguata, L., Seuring, T., Zhang, P., ... Makaroff, L. E. (2016). IDF Diabetes Atlas estimates of 2014 global health expenditures on diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 117, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.04.016>
- Figueira, A. L. G., Boas, L. C. G. V., Coelho, A. C. M., Freitas, M. C. F., & Pace, A. E. (2017). Educational interventions for knowledge on the disease, treatment adherence and control of diabetes mellitus. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1648.2863>
- Figueiredo, M. H. J. S. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.* (Lusociência, Ed.). Looures.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* (Lusodidacta, Ed.). Canadá: Lusociência.
- Funnell, M., Brown, T., Childs, B., Haas, L., Hosey, G., Jensen, B., ... Weiss, M. (2011). National Standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 34 Suppl 1(Suppl 1), S89-96. <https://doi.org/10.2337/dc11-S089>
- Funnell, M. M. (2010). Peer-based behavioural strategies to improve chronic disease self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Family Practice*, 27(suppl 1), 17–22. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp027>
- Gallant, M. P., Spitze, G. D., & Prohaska, T. R. (2007). Help or Hindrance? How Family and Friends Influence Chronic Illness Self- Management among Older Adults. *Research on Aging*, 29(5), 375–409. <https://doi.org/10.1177/0164027507303169>
- García-Huidobro, D., Bittner, M., Brahm, P., & Puschel, K. (2011). Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. *Family Practice*, 28, 4–11. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm069>
- Gimenes, H. T., Zanetti, M. L., & Haas, V. J. (2009). Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica 1 medicamentosa. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 17(1), 1–7. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000100008>

- Gunn, K. L., Seers, K., Posner, N., & Coates, V. (2012). "Somebody there to watch over you": the role of the family in everyday and emergency diabetes care. *Health & Social Care in the Community*, 20(6), 591–598. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01073.x>
- Gutiérrez Herrera, V. R., Zerón, H. M., & Mendieta Alcántara, M. R. (2015). Adherence to Two Methods of Education and Metabolic Control in Type 2 Diabetics. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 25(2), 163–170. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26124624>
- Handelsman, Y., Bloomgarden, Z. T., Grunberger, G., Umpierrez, G., Zimmerman, R. S., Bailey, T. S., ... Blonde, L. (2015). American Association of clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology - Clinical practice guidelines for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan - 2015. *Endocr Pract*, 21(1), 1–87. <https://doi.org/10.4158/EP15672.GL>
- Hankó, B., Ká, M., Kázmér, M., Kumli, P., Hrágyel, Z., Samu, A., ... Zelkó, R. (2007). Self-reported medication and lifestyle adherence in Hungarian patients with Type 2 diabetes. *Pharm World Sci*, 29, 58–66. <https://doi.org/10.1007/s11096-006-9070-2>
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação* (Segunda Ed). Lusociência.
- Harvey, J. N., & Lawson, V. L. (2009). The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabetic Medicine*, 26(1), 5–13. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x>
- Heissam, K., Abuamer, Z., & El-Dahshan, N. (2015). Patterns and obstacles to oral antidiabetic medications adherence among type 2 diabetics in Ismailia, Egypt: a cross section study. *The Pan African Medical Journal*, 20, 177. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.20.177.4025>
- Helzemer, W. (2003). *Ethical Guidelines for Nursing Research*. (ICN, Ed.). Geneve.
- Hill-Briggs, F., & Gemmell, L. (2007). Problem Solving in Diabetes Self-management and Control. *The Diabetes Educator*, 33(6), 1032–1050. <https://doi.org/10.1177/0145721707308412>
- Holman, N., Young, B., & Gadsby, R. (2015). Current prevalence of Type 1 and Type 2 diabetes in adults and children in the UK. *Diabetic Medicine*, 32(9), 1119–1120. <https://doi.org/10.1111/dme.12791>
- Holt, R. I. G., Nicolucci, A., Kovacs Burns, K., Escalante, M., Forbes, A., Hermanns, N., ... Peyrot, M. (2013). Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national comparisons on barriers and resources for optimal care-healthcare professional perspective. *Diabetic Medicine*, 30(7), 789–798. <https://doi.org/10.1111/dme.12242>
- Howteerakul, N., Suwannapong, N., Rittichu, C., & Rawdaree, P. (2007). Adherence to Regimens



- and Glycemic Control of Patients with Type 2 Diabetes Attending a Tertiary Hospital Clinic. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 19(1), 43–49. <https://doi.org/10.1177/10105395070190010901>
- Hu, J., Wallace, D. C., McCoy, T. P., & Amirehsani, K. A. (2014). A family-based diabetes intervention for Hispanic adults and their family members. *The Diabetes Educator*, 40(1), 48–59. <https://doi.org/10.1177/0145721713512682>
- ICN. (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento (CIPE ®). *Cadernos OE, série II*(1), 81. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE\\_AdesaoTratamento.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf)
- IDF. (2014). Diabetes in Europe, Policy Puzzle - The state we are in. IDF. Retrieved from <https://www.fend.org/sites/fend.org/files/ECD-PP4finalweb.pdf>
- IDF. (2015). *IDF Diabetes Atlas - 7th Edition. International Diabetes Federation*. <https://doi.org/10.1289/image.ehp.v119.i03>
- IDF. (2017). *Idf Diabetes Atlas*. Retrieved from <http://www.diabetesatlas.org/>
- IOM. (2011). *The Future of Nursing: leading change, advancing health. The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington: National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/12956>
- Jannoo, Z., & Mamode Khan, N. (2018). Summary of Diabetes Self-care Activities: A confirmatory factor analytic approach. *Primary Care Diabetes*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2018.04.004>
- Jannoo, Z., Wah, Y. B., Lazim, A. M., & Hassali, M. A. (2017). Examining diabetes distress, medication adherence, diabetes self-care activities, diabetes-specific quality of life and health-related quality of life among type 2 diabetes mellitus patients. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 9, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2017.07.003>
- Jones, R. A., Utz, S. W., Williams, I. C., Hinton, I., Alexander, G., Moore, C., ... Oliver, N. (2008). Family interactions among African Americans diagnosed with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 34(2), 318–326. <https://doi.org/10.1177/0145721708314485>
- Jordan, D. N., & Jordan, J. L. (2010). Self-care behaviors of Filipino-American adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 24(4), 250–258. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2009.03.006>
- Kalogianni, A. (2012). Can Nursing Interventions increase adherence medication regimen? *HEALTH SCIENCE JOURNAL*, 6(1), 1–3. Retrieved from <http://www.hsj.gr/medicine/can-nursing-interventions-increase-adherence-medication-regimen.pdf>

- Karimy, M., Araban, M., Zareban, I., Taher, M., & Abedi, A. (2016). Determinants of adherence to self-care behavior among women with type 2 diabetes: an explanation based on health belief model. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 30, 368. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27493912>
- Karlsen, B., Oftedal, B., & Bru, E. (2012). The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 391–401. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05751.x>
- Keogh, K. M., Smith, S. M., White, P., McGilloway, S., Kelly, A., Gibney, J., & O'Dowd, T. (2011). Psychological family intervention for poorly controlled type 2 diabetes. *The American Journal of Managed Care*, 17(2), 105–113.
- Khunti, K., & Davies, M. (2010). Glycaemic goals in patients with type 2 diabetes: Current status, challenges and recent advances. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 12(6), 474–484. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1326.2009.01186.x>
- King, P., Peacock, I., & Donnelly, R. (1999). The UK Prospective Diabetes Study (UKPDS): clinical and therapeutic implications for type 2 diabetes. *J Clin Pharmacol*, 48, 643–648. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2014359/pdf/bcp0048-0643.pdf>
- Kirkman, M. S., Rowan-Martin, M. T., Levin, R., Fonseca, V. A., Schmittdiel, J. A., Herman, W. H., & Aubert, R. E. (2015). Determinants of adherence to diabetes medications: findings from a large pharmacy claims database. *Diabetes Care*, 38(4), 604–609. <https://doi.org/10.2337/dc14-2098>
- Kluding, P. M., Singh, R., Goetz, J., Rucker, J., Bracciano, S., & Curry, N. (2010). Feasibility and effectiveness of a pilot health promotion program for adults with type 2 diabetes: lessons learned. *The Diabetes Educator*, 36(4), 595–602. <https://doi.org/10.1177/0145721710370718>
- Koponen, A. M., Simonsen, N., & Suominen, S. (2016). Determinants of physical activity among patients with type 2 diabetes: the role of perceived autonomy support, autonomous motivation and self-care competence. *Psychology, Health & Medicine*, 22(3), 332–344. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1154179>
- Korkiakangas, E. E., Alahuhta, M. A., Husman, P. M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Taanila, A. M., & Laitinen, J. H. (2011). Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 62–69. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00791.x>
- Kueh, C. Y., Morris, T., Borkoles, E., & Shee, H. (2015). Modelling of diabetes knowledge,

- attitudes, self-management, and quality of life: a cross-sectional study with an Australian sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 129–140. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0303-8>
- Kueh, C. Y., Morris, T., & Ismail, A.-A.-S. (2017). The effect of diabetes knowledge and attitudes on self-management and quality of life among people with type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 22(2), 138–144. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1147055>
- Laranjo, L., Neves, A. L., Costa, A., Ribeiro, R. T., Couto, L., & Sá, A. B. (2015). Facilitators, barriers and expectations in the self-management of type 2 diabetes - a qualitative study from Portugal. *The European Journal of General Practice*, 21(2), 103–110. <https://doi.org/10.3109/13814788.2014.1000855>
- Larkin, A. T., Hoffman, C., Stevens, A., Douglas, A., & Bloomgarden, Z. (2015). Determinants of adherence to diabetes treatment. *Journal of Diabetes*, 7(6), 864–871. <https://doi.org/10.1111/1753-0407.12264>
- Loon, M. S. K., Steenkiste, van Ben, Ronda, G., Wensing, M., Stoffers, H. E., Elwyn, G., ... van der Weijden, T. (2008). Improving patient adherence to lifestyle advice (IMPALA): a cluster-randomised controlled trial on the implementation of a nurse-led intervention for cardiovascular risk management in primary care (protocol). *BMC Health Services Research*, 8(89), 9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-9>
- Lopes, I. C. C. (2014). *Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde*. Escola Superior de Educação. Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12530/1/ISABEL\\_LOPES.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12530/1/ISABEL_LOPES.pdf)
- Loveman, E., Frampton, G. K., & Clegg, A. J. (2008). The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 12(9), 1–116, iii. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18405469>
- Lunes, D. H., Rocha, C., Borges, N., Marcon, C., Pereira, V., & Carvalho, L. (2014). Self-Care Associated with Home Exercises in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *PLoS ONE*, 9(12), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114151>
- Martínez, Y. V., Prado-Aguilar, C. A., Rascón-Pacheco, R. A., & Valdivia-Martínez, J. J. (2008). Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research BMC Health Services Research BMC Health Services Research*, 8(8), 164–174. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-164>
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2). Retrieved from [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_62-66.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf)

- Massimi, A., De Vito, C., Brufola, I., Corsaro, A., Marzuillo, C., Migliara, G., ... Damiani, G. (2017). Are community-based nurse-led self- management support interventions effective in chronic patients? Results of a systematic review and meta-analysis. *PloS ONE*, 12(3), 22. <https://doi.org/10.1371/journal>
- Mayberry, L. S., Egede, L. E., Wagner, J. A., & Osborn, C. Y. (2015). Stress, depression and medication nonadherence in diabetes: test of the exacerbating and buffering effects of family support. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 363–371. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9611-4>
- Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2014). Family involvement is helpful and harmful to patients' self-care and glycemic control. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.jneumeth.2010.08.011>.Autogenic
- Mc Hugh, S., Perry, I. J., & Bradley, C. (2013). Barriers to, and facilitators in, introducing integrated diabetes care in Ireland: a qualitative study of views in general practice. *BMJ Open*, 3, 0–10. <https://doi.org/10.1136/>
- McEwen, M. M., Pasvogel, A., Gallegos, G., & Barrera, L. (2010). Type 2 diabetes self-management social support intervention at the U.S.-Mexico border. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 27(4), 310–319. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2010.00860.x>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. Retrieved from [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
- Mendenhall, T. J., Berge, J. M., Harper, P., Greencrow, B., Littlewalker, N., Whiteeagle, S., & Brownowl, S. (2010). The Family Education Diabetes Series (FEDS): community-based participatory research with a midwestern American Indian community. *Nursing Inquiry*, 17(4), 359–372. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/eb16/776e7809c62f0d3024baa2828b5d016cc022.pdf>
- Miller, T. A., & Dimatteo, M. R. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 6, 421–426. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S36368>
- Ministério da Saúde. Despacho nº 3052/2013, Pub. L. No. 3052/2013, 2 Diário da República 7527 (2013). Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/1763687>
- Ministério da Saúde. Decreto- Lei nº 118/2014, Pub. L. No. 118/2014, Diário da República 4069 (2014). Diário da República. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/55076561>
- Moehbi, S., Parham, M., Sharifirad, G., Gharlipour, Z., Mohammadbeigi, & Rajati, F. (2018). Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics: A

- cross-sectional study. *Journal of Education and Health Promotion*, 6(1), 35–40.  
<https://doi.org/10.4103/jehp.jehp>
- Monteiro, C., Moreira, M. R., Oliveira, E., Moura, M. E., & Costa, J. (2010). Pesquisa-ação: contribuição para a prática investigativa do enfermeiro. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 31(1), 167–174. Retrieved from <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/14581/8487>
- Morgado, J., Rocha, S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos Valores Normativos do Mini- Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10–16. Retrieved from <http://www.spneurologia.com/index.php/component/jdownloads/send/13-sinapse-de-2009-2009-sinapse/74-sinapse-vol-9-n-2?Itemid=0>
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care*, 24(1), 67–74.  
<https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
- Moriyama, M., Nakano, M., Kuroe, Y., Nin, K., Niitani, M., & Nakaya, T. (2009). Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: Results of a 12 month trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 6(1), 51–63. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2009.00120.x>
- Mosnier-Pudar, H., Hochberg, G., Eschwege, E., Virally, M. L., Halimi, S., Guillausseau, P. J., ... Dejager, S. (2009). How do patients with type 2 diabetes perceive their disease? Insights from the French DIABASIS survey. *Diabetes and Metabolism*, 35(3), 220–227.  
<https://doi.org/10.1016/j.diabet.2009.02.001>
- Mumu, S., Saleh, F., Ara, F., Afnan, F., & Ali, L. (2014). Non-adherence to life-style modification and its factors among type 2 diabetic patients. *Indian Journal of Public Health*, 58(1), 40–44. <https://doi.org/10.4103/0019-557X.128165>
- Nam, S., Chesla, C., Stotts, N. A., Kroon, L., & Janson, S. L. (2011). Barriers to diabetes management: Patient and provider factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.02.002>
- Narayan, K. M. V., Ali, M. K., & Koplan, J. P. (2010). Global Noncommunicable Diseases — Where Worlds Meet. *New England Journal of Medicine*, 363(13), 1196–1198.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMp1002024>
- Nicolucci, A., Kovacs Burns, K., Holt, R. I. G., Comaschi, M., Hermanns, N., Ishii, H., ... DAWN2 Study Group. (2013). Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 30(7), 767–777. <https://doi.org/10.1111/dme.12245>
- Noar, S. M., Benac, C. N., & Harris, M. S. (2007). Does Tailoring Matter? Meta-Analytic Review

- of Tailored Print Health Behavior Change Interventions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 673–693. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.673>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. (C. do I. Departamento de Enfermagem, Ed.). Setúbal. Retrieved from [www.ess.ips.pt](http://www.ess.ips.pt)
- O'Connor, R., Mannix, M., Mullen, J., Powys, L., Mannion, M., Nolan, H., ... Saunders, J. (2013). Structured Care of Diabetes in General Practice: A Qualitative Study of the Barriers and Facilitators. *Ir Med J*, 106, 77–80. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/4305/ce35e51ba1fcdab2778204633acbf8756003.pdf>
- OE. (2011a). CIPE ® Versão 2. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Internacional Council of Nurses. Retrieved from <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM ENFERMEIROS cipe.pdf>
- OE. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No. 122/2011, Diário da República 8648 (2011b). Retrieved from <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias comuns.pdf>
- OE. Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, Pub. L. No. 2ª série, nº 35, Diário da República 8660 (2011c). Retrieved from <https://dre.pt/application/file/3477091>
- OE. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, Pub. L. No. 367/2015, República Portuguesa 8 (2015). Retrieved from <http://www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/06/Regulamento-dos-Padrões-de-Qualidade-dos-Cuidados-Especializados-em-Enfermagem-de-Saúde-Familiar-OE-29-06-2015.pdf>
- Oftedal, B. (2014). Perceived support from family and friends among adults with type 2 diabetes. *European Diabetes Nursing*, 11(2), 43–48. <https://doi.org/10.1002/edn.247>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros.
- Osterberg, L., Blaschke, T., & Koop, — C Everett. (2005). Adherence to Medication. *N Engl J Med*, 353, 487–497. <https://doi.org/10.1056/NEJMr050100>
- Ouyang, C. O., Dwyer T, J., Jacques, P. F., Chuang, L.-M., Haas, C., & Weinger, K. (2015). Determinants of dietary self-care behaviours among Taiwanese patients with type 2 diabetes. *Asia Pac J Clin Nutr*, 24(3), 430–437. Retrieved from <http://apjcn.nhri.org.tw/server/APJCN/24/3/430.pdf>
- Pamungkas, R. A., Chamroonsawasdi, K., & Vatanasomboon, P. (2017). A Systematic Review:

- Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among Uncontrolled Type II Diabetes Mellitus Patients. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 7(3). <https://doi.org/10.3390/bs7030062>
- Parajuli, J., Saleh, F., Thapa, N., & Ali, L. (2014). Factors associated with nonadherence to diet and physical activity among Nepalese type 2 diabetes patients; a cross sectional study. *BMC Research Notes*, 7(758), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-758>
- Pastors, J. G., Warshaw, H., Daly, A., Franz, M., & Kulkarni, K. (2002). The Evidence for the Effectiveness of Medical Nutrition Therapy in Diabetes Management. *Diabetes Care*, 25(3), 608–613. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/cc6f/c73ff120853595772af80b96e7890b31f049.pdf>
- Pereira, M. das G., Pedras, S., & Machado, J. C. (2012). Adaptação do Questionário de Adesão à Medicação numa amostra de Pacientes Portugueses com Diabetes Tipo 2. *Rev. SBPH*, 15(2), 19. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v15n2/v15n2a11.pdf>
- Péres, D. S., Santos, A. M., Zanetti, M. L., & Ferronato, A. A. (2007). DIFICULDADES DOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA O CONTROLE DA DOENÇA: SENTIMENTOS E COMPORTAMENTOS. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 15(6), 8. Retrieved from [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- Peterson, R. (1994). Coefficient Alpha. *Journal of Consumer Research*, 21(3), 381–391. <https://doi.org/10.4135/9781412961288.n53>
- Pinto, J., Ribeiro, C., Pettengill, M., & Balleiro, M. M. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 132–135. Retrieved from <http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/5608/S0034-71672010000100022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pirdehghan, A., & Poortalebi, N. (2016). Predictors of Adherence to Type 2 Diabetes Medication. *Journal of Research in Health Sciences*, 16(2), 72–75. Retrieved from <http://jrhs.umsha.ac.ir/index.php/JRHS/article/view/2576/pdf>
- Powers, M. A., Joan Bardsley, R., Marjorie Cypress, R., Paulina Duker, C., Martha Funnell, R. M., Amy Hess Fischl, R., ... to Margaret Powers, C. A. (2015). DSME Support in type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, XX(X), 1–14. Retrieved from [https://www.diabeteseducator.org/docs/default-source/practice/practice-resources/position-statements/dsme\\_joint\\_position\\_statement\\_2015.pdf?sfvrsn=0](https://www.diabeteseducator.org/docs/default-source/practice/practice-resources/position-statements/dsme_joint_position_statement_2015.pdf?sfvrsn=0)
- Prado, M., & Soares, D. (2015). Limites e estratégias de profissionais de saúde na adesão ao tratamento do diabetes: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online*, 7(4), 3110–3124. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4>
- Raaijmakers, L. G., Hamers, F. J., Martens, M. K., Bagchus, C., de Vries, N. K., & Kremers, S. P.

- (2013). Perceived facilitators and barriers in diabetes care: a qualitative study among health care professionals in the Netherlands. *BMC Family Practice*, 14, 114. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-114>
- Radwan, M., Elsous, A., Al-Sharif, H., & Mustafa, A. A. (2017). Medications adherence and associated Factors among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in the gaza strip, Palestine. *Frontiers in Endocrinology*, 8(100), 9. <https://doi.org/10.3389/fendo.2017.00100>
- Raposo, J. F. (2017). Diabetes Self-management education and support: a lesson from the past. *MEDICOGRAPHIA*, 39(3), 202–206. Retrieved from <https://www.medicographia.com/wp-content/pdf/Medicographia132.pdf>
- Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. S., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(supl 2), 2299–2306. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900034>
- Riegel, B., Jaarsma, T., Strömberg, A., & Steinbright, E. C. (2012). A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Advances in Nursing Science*, 3(35), 194–204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- Rosal, M. C., Ockene, I. S., Restrepo, A., White, M. J., Borg, A., Olendzki, B., ... Reed, G. (2011). Randomized trial of a literacy-sensitive, culturally tailored diabetes self-management intervention for low-income latinos: latinos en control. *Diabetes Care*, 34(4), 838–844. <https://doi.org/10.2337/dc10-1981>
- Rosland, A.-M., Heisler, M., Choi, H.-J., Silveira, M. J., & Piette, J. D. (2010). Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help? *Chronic Illness*, 6(1), 22–33. <https://doi.org/10.1177/1742395309354608>
- Rosland, A.-M., Heisler, M., & Piette, J. D. (2012). The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(2), 221–239. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9354-4>
- Rosland, A.-M., Kieffer, E., Israel, B., Cofield, M., Palmisano, G., Sinco, B., ... Heisler, M. (2008). When is social support important? The association of family support and professional support with specific diabetes self-management behaviors. *Journal of General Internal Medicine*, 23(12), 1992–1999. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0814-7>
- Rosland, A.-M., & Piette, J. D. (2010). Emerging Models for Mobilizing Family Support for Chronic Disease Management: A Structured Review. *Chronic Illn.*, 6(1), 7–21. <https://doi.org/10.1177/1742395309352254>
- Ryden, L., Standl, E., Bartnik, M., Van den Berghe, G., Betteridge, J., de Boer, M.-J., ... European



- Association for the Study of Diabetes (EASD). (2007). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary: The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *European Heart Journal*, 28(1), 88–136. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl260>
- Saleh, F., Mumu, S. J., Ara, F., Hafez, M. A., & Ali, L. (2014). Non-adherence to self-care practices & medication and health related quality of life among patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14, 431–439. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-431>
- Samuel-Hodge, C. D., Cene, C. W., Corsino, L., Thomas, C., & Svetkey, L. P. (2013). Family diabetes matters: a view from the other side. *Journal of General Internal Medicine*, 28(3), 428–435. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2230-2>
- Santos, M. J., Monteiro, M., Pereira, P., Freitas, M., & Marques, O. (2014). Padrão terapêutico numa população de diabéticos tipo 2: relação com o tempo de doença e nível de cuidados de saúde. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes E Metabolismo*, 9(1), 15–20. Retrieved from [https://ac.els-cdn.com/S1646343914000042/1-s2.0-S1646343914000042-main.pdf?\\_tid=9aa4063f-fab3-465b-b9a3-009a39357071&acdnat=1526810550\\_b7ae6c40d076179e231c7e2ef8a5db82](https://ac.els-cdn.com/S1646343914000042/1-s2.0-S1646343914000042-main.pdf?_tid=9aa4063f-fab3-465b-b9a3-009a39357071&acdnat=1526810550_b7ae6c40d076179e231c7e2ef8a5db82)
- Serour, M., Alqhenaei, H., Al-Saqabi, S., Mustafa, A.-R., & Ben-Nakhi, A. (2007). Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. *British Journal of General Practice*, 57, 291–295. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2043336/pdf/bjpg57-291.pdf>
- Shaw, J. E., Sicree, R. A., & Zimmet, P. Z. (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87, 4–14. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2009.10.007>
- Silva, L. W. S. (2007). *A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2*. Universidade Federal de Santa Catarina. Retrieved from <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/90047/243039.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sousa, M. R., Peixoto, M. J., & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem : influência na adesão ao regime terapêutico. *Referência*, 11, 59–67. Retrieved from [http://www.google.pt/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBcQFjAA&url=http://www.esenf.c.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=248&codigo=&ei=qvZFTaTUN8qWhQeoqqG9AQ&usq=AFQjCNEO\\_yeAgILtmHNNsFMieVy\\_pJ9eqg&sig2=jE6UqixynnR6Szm6mc3Dw](http://www.google.pt/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBcQFjAA&url=http://www.esenf.c.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=248&codigo=&ei=qvZFTaTUN8qWhQeoqqG9AQ&usq=AFQjCNEO_yeAgILtmHNNsFMieVy_pJ9eqg&sig2=jE6UqixynnR6Szm6mc3Dw)

- SPD. (2015). Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Retrieved March 13, 2017, from <http://www.spd.pt/index.php/grupos-de-estudo-mainmenu-30/classificacao-da-diabetes-mellitus-mainmenu-175>
- SPD. (2016). *Diabetes: Factos e Números - Ano de 2015 - relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Ed.). Lisboa: Letra Solúvel. Retrieved from <http://spd.pt/images/OND/DFN2015.pdf>
- SPMS. (2017). BI - CSP UCSP Águeda V. Retrieved April 21, 2018, from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010120/Pages/default.aspx>
- Steinsbekk, A., Rygg, L. Ø., Lisulo, M., Rise, M. B., & Fretheim, A. (2012). Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 12, 213. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-213>
- Stellefson, M., Dipnarine, K., & Stopka, C. (2013). The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review. *Preventing Chronic Disease*, 10, E26. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120180>
- Tabasi, H., Madarshahian, F., Nikoo, M., Hassanabadi, M., & Mahmoudirad, G. (2014). Impact of family support improvement behaviors on anti diabetic medication adherence and cognition in type 2 diabetic patients. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 13(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s40200-014-0113-2>
- Tang, T. S., Brown, M. B., Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2008). Social Support, Quality of Life, and Self-Care Behaviors Among African Americans With Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 34(2), 266–276. <https://doi.org/10.1177/0145721708315680>
- Tang, T. S., Funnell, M. M., Sinco, B., Spencer, M. S., & Heisler, M. (2015). Peer-Led, Empowerment-Based Approach to Self-Management Efforts in Diabetes (PLEASED): A Randomized Controlled Trial in an African American Community. *Annals of Family Medicine*, 13 Suppl 1(Suppl 1), S27-35. <https://doi.org/10.1370/afm.1819>
- Tharek, Z., Ramli, A. S., Whitford, D. L., Ismail, Z., Zulkifli, M. M., Khuzaimah, S., ... Jayaraman, T. (2018). Relationship between self-efficacy, self-care behaviour and glycaemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in the Malaysian primary care setting. *BMC Family Practice*, 19(39), 10. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0725-6>
- Tol, A., Shojaezadeh, D., Eslami, A., Alhani, F., Mohajeritehrani, M., Baghbanian, A., & Sharifirad, G. (2012). Evaluation of self-care practices and relative components among type 2 diabetic patients. *Journal of Education and Health Promotion*, 1, 19. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.99219>
- Tomky, D., Cypress, M., Dang, D., Maryniuk, M., Peyrot, M., & Mensing, C. (2008). Aade Position

- Statement. *The Diabetes Educator*, 34(3), 445–449.  
<https://doi.org/10.1177/0145721708316625>
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care. *Diabetes Care Journal*, 23(7), 943–950. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943>
- UA, UTAD, & IPB. (2017). Guia Orientador de Estágio - Mestrado Enfermagem Saúde Familiar 2017/2018. Aveiro: ESSUA - UA. Retrieved from [https://elearning.ua.pt/pluginfile.php/571138/mod\\_resource/content/0/MESF\\_GUIA\\_ESTÁGIO\\_2017\\_2018.pdf](https://elearning.ua.pt/pluginfile.php/571138/mod_resource/content/0/MESF_GUIA_ESTÁGIO_2017_2018.pdf)
- Vermeire, E., Wens, J., Van Royen, P., Biot, Y., Hearnshaw, H., & Lindenmeyer, A. (2009). Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus ( Review ). *The Cochrane Library*, (1), 47. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003638.pub2>.
- Wabe, N. T., Angamo, M. T., & Hussein, S. (2011). Medication adherence in diabetes mellitus and self management practices among type-2 diabetics in Ethiopia. *North American Journal of Medical Sciences*, 3(9), 418–423. <https://doi.org/10.4297/najms.2011.3418>
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6), 64–78. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64>
- Walker, R. J., Gebregziabher, M., Martin-Harris, B., & Egede, L. E. (2015). Understanding the influence of psychological and socioeconomic factors on diabetes self-care using structured equation modeling. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.002>
- Weaver, R. G., Hemmelgarn, B. R., Rabi, D. M., Sargious, P. M., Edwards, A. L., Manns, B. J., ... James, M. T. (2014). Association between participation in a brief diabetes education programme and glycaemic control in adults with newly diagnosed diabetes. *Diabetic Medicine*, 31(12), 1610–1614. <https://doi.org/10.1111/dme.12513>
- Whittemore, R., & Roy, C. (2002). Adapting to diabetes mellitus: A theory synthesis. *Nursing Science Quarterly*, 15(4), 311–317. <https://doi.org/10.1177/089431802236796>
- WHO. (2000). Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health, 2000. Munique: WHO. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/53854/E93016.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf?ua=1)
- WHO. (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action*. (Organização Mundial de Saúde, Ed.). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400037>
- WHO. (2010). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva. Retrieved from

[http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf)

- Wray, L. (2007). Living with Type 2 diabetes: marital perspectives of middle-aged and older couples. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(2), 25–32. Retrieved from [https://www.academia.edu/33785941/Living\\_with\\_Type\\_2\\_diabetes\\_marital\\_perspectives\\_of\\_middle-aged\\_and\\_older\\_couples](https://www.academia.edu/33785941/Living_with_Type_2_diabetes_marital_perspectives_of_middle-aged_and_older_couples)
- Wright, L. M., & Leahey, M. (1990). Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing*, 15(2), 148–154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01795.x>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias - Guia Para Avaliação e Intervenção na Família*. (E. Roca, Ed.) (5ª edição). São Paulo. Retrieved from <https://issuu.com/guanabarakoogan/docs/amostras-wright>
- Yang, S., Hsue, C., & Lou, Q. (2015). Does Patient Empowerment Predict Self-Care Behavior and Glycosylated Hemoglobin in Chinese Patients with Type 2 Diabetes? *Diabetes Technology & Therapeutics*, 17(5), 343–348. <https://doi.org/10.1089/dia.2014.0345>



## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

*Mini Mental State Examination*



## MINI MENTAL STATE EXAMINATION

### 1. **Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_

Em que mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_

Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_

Em que distrito vive? \_\_\_\_\_

Em que terra vive? \_\_\_\_\_

Em que casa estamos? \_\_\_\_\_

Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

### 2. **Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

### 3. **Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas.

Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe disser para parar”.

27\_\_24\_\_21\_\_18\_\_15\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

### 4. **Evocação** (1 ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

### 5. **Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a) “Como se chama isto?” Mostrar os objetos

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

b) “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

**Nota:** \_\_\_\_\_

c) “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos. Pega nela com a mão direita \_\_\_\_\_  
 Dobra ao meio \_\_\_\_\_  
 Coloca onde deve \_\_\_\_\_ **Nota:** \_\_\_\_\_

d) “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”, sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos \_\_\_\_\_ **Nota:** \_\_\_\_\_

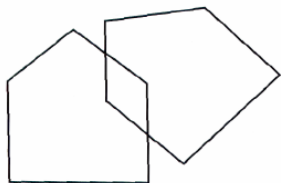
e) “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

\_\_\_\_\_

— **Nota:** \_\_\_\_\_

6. **Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta)  
 Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersetados. Não valorize tremor ou rotação.



**Cópia:**

**Nota:** \_\_\_\_\_

<b>Avaliação</b>	<b>0 a 2 anos de literacia - 0 a 22 pontos</b> 3 a 6 anos de literacia - 22-24 pontos igual ou superior a 7 anos de literacia - 24-27 pontos
------------------	--



## **ANEXO II**

Autorização de Utilização da Escala AAD

Luciana Isabel dos Santos Correia  
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar  
Universidade de Aveiro em consórcio com  
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e  
Instituto Politécnico de Bragança

Assunto: Autorização para utilização da Escala de Autocuidado com a Diabetes na sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal.

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio autorizar a utilização da escala supracitada, conforme solicitado pela Sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Luciana Correia, para o estudo que irá efetuar no âmbito do seu projeto de estágio/intervenção e relatório “Intervenção do enfermeiro família na adesão ao regime terapêutico em utentes com diabetes *mellitus* tipo 2”, sob orientação científica do Doutor João Lindo Simões e coorientação da Doutora Conceição Rainho.

Mais informo que deve usar as referências da sua publicação na Acta Médica Portuguesa e na qual se encontra um erro na escala final, por repetição de um item e ausência de outro, conforme podem identificar nas restantes tabelas do artigo. Coloco-me ao dispor para qualquer esclarecimento e, solicitando que me forneçam informação sobre os resultados, bem como sobre o comportamento da escala.

Ao dispor,  
Porto, 8 Maio de 2017  
Fernanda Santos Bastos (PhD)  
Professora Adjunta  
Escola Superior Enfermagem do Porto  
UNIESEP  
UCP: Autocuidado

### **ANEXO III**

Autorização de Utilização da Escala MPAT



Luciana Isabel dos Santos Correia  
<luciana.i.s.correia@gmail.com>

---

## Pedido de autorização para utilização da escala de Medida de Adesão aos Tratamentos - Universidade de Aveiro

2 mensagens

---

Luciana Isabel dos Santos Correia <luciana.i.s.correia@gmail.com>

27 de abril de 2017  
às 17:31

Para: a.delgado.rh@gmail.com

Luciana Isabel dos Santos Correia, enfermeira, a frequentar Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, na Universidade de Aveiro em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Instituto Politécnico de Bragança, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência, que seja concedida autorização para aplicação da escala de Medida de Adesão aos Tratamentos adaptada, traduzida e validade para a população portuguesa por Delgado e Lima (2001).

Este pedido surge no contexto da realização de um projeto de estágio/intervenção e posterior relatório de estágio/intervenção cujo título é “Intervenção do enfermeiro família na adesão ao regime terapêutico em utentes com diabetes *mellitus* tipo 2”, sob orientação científica do Doutor João Lindo Simões, Professor Adjunto da Universidade de Aveiro e co-orientação científica da Doutora Conceição Rainho, Professora Coordenadora da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Este estudo tem como principais objetivos gerais:

- Identificar nível de adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso (dimensões do autocuidado) dos participantes em estudo;
- Avaliar a influência da intervenção do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico dos participantes com diabetes *mellitus* tipo 2;
- Colaborar na implementação de estratégias de melhoria da prática dos enfermeiros no âmbito da adesão ao regime terapêutico.

Gostaria se o parecer for positivo, recolher os dados nos meses de outubro de 2017 a dezembro de 2017.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Atentamente,

A enfermeira Investigadora,

Luciana Correia

Aveiro, 21 de abril de 2017

---

**Artur Delgado** <a.delgado.rh@gmail.com>

27 de abril de 2017 às 22:09

Para: Luciana Isabel dos Santos Correia <luciana.i.s.correia@gmail.com>

Viva Dr<sup>a</sup> Luciana Correia, como vai?

Tem a minha autorização para a utilização, no âmbito da sua investigação, da Medida de Adesão aos Tratamentos.

Fico feliz que se interesse por esta questão de saúde pública que é a adesão aos tratamentos.

Espero que corra tudo pelo melhor no seu trabalho.

Os meus cumprimentos

*Artur Barata Delgado (Ph. D.)*

*Consultor em Gestão de Pessoas/Qualidade/Coach*

Telemóvel: 93 845 10 45; Tel.: 229 377 347

Email: [a.delgado.rh@gmail.com](mailto:a.delgado.rh@gmail.com)

Web site Artur Delgado: <http://adelgadorh.wix.com/arturdelgado>





#### **ANEXO IV**

Manual de Educação em Diabetes Tipo 2 (CD)



## **ANEXO V**

Autorização de Utilização do Manual de Educação em Diabetes Tipo 2



Luciana Isabel dos Santos Correia  
<luciana.i.s.correia@gmail.com>

## Pedido de autorização para utilização de Manual de Educação em Diabetes Tipo 2

2 mensagens

---

Luciana Isabel dos Santos Correia <luciana.i.s.correia@gmail.com>

15 de março de 2017  
às 10:53

Para: anagoncalves.bestprofile@gmail.com

Luciana Isabel dos Santos Correia, enfermeira a exercer funções na USF Águeda + Saúde e a frequentar curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, encontra-se a desenvolver projeto de investigação/intervenção com o tema **Intervenção do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico na pessoa com diabetes mellitus tipo 2**. Para tal está previsto o recurso ao vosso manual de Educação em Diabetes tipo 2, como forma de intervenção nos indivíduos que apresentem não adesão às dimensões do autocuidado.

Neste sentido, pretende solicitar a vossa autorização para a utilização do referido manual.

Grata pela colaboração e disponibilidade

Luciana Correia

---

anagoncalves.bestprofile@gmail.com <anagoncalves.bestprofile@gmail.com>

16 de março  
de 2017 às  
18:39

Para: luciana.i.s.correia@gmail.com

Enviado do meu iPad

Iniciar a mensagem reencaminhada:

**De:** "Fernandes, Jose" <jose.fernandes@abbott.com>

**Data:** 15 de Março de 2017 às 21:38:37 WET

**Para:** "anagoncalves.bestprofile@gmail.com" <anagoncalves.bestprofile@gmail.com>

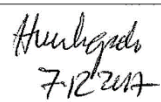

**Assunto: Re: Pedido de autorização para utilização de Manual de Educação em Diabetes Tipo 2**

Autorizado.



## **ANEXO VI**

Parecer Comissão de Ética ARS Centro

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b>  Parecer favorável.	<b>DESPACHO:</b>    Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.  
---	---

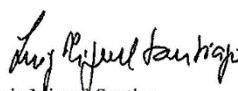
<b>ASSUNTO:</b>	77/2017 - "A intervenção do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico em utentes com diabetes mellitus tipo2."
-----------------	--

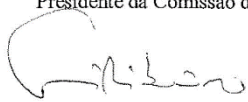
  
Dr. José Manuel António Tereza  
Presidente,  
Vogal,  
  
Dr. Carlos Fontes Ribeiro  
Vogal,

Após a receção de pdf esclarecendo as dúvidas suscitadas por esta CE e estando todas devidamente esclarecidas, o parecer é agora favorável.

Faz-se no entanto notar que o tamanho da amostra pode fazer perigar a realização do trabalho. De facto a não haver cooperação e colaboração de todos os ficheiros da Unidade em estudo será difícil realizar o trabalho sendo o parecer desta CE válido apenas para o presente protocolo e só na escrita aqui formulada.

Coimbra, 29 de novembro de 2017

  
Luiz Miguel Santiago  
Relator

Carlos Fontes Ribeiro  
Presidente da Comissão de Ética  


## APÊNDICES





## **APÊNDICE I**

Formulário de Colheita de Dados

Este Formulário faz parte do Projeto de Estágio com o tema “A intervenção do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico nos utentes com diabetes *mellitus* tipo 2”. A todas as questões pedimos-lhe que responda sincera e espontaneamente. Não há respostas certas ou erradas, há apenas a sua resposta. Relembramos que o resultado do formulário é absolutamente confidencial.

## Formulário

### PARTE 1

#### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1.Idade: \_\_\_\_\_

2.Sexo:

M ☐

F ☐

3.Estado Civil

Solteiro (a)

☐

Casado (a)

☐

Viúvo (a)

☐

Divorciado (a)

☐

4. Agregado Familiar (assinale a opção atual)

Vive sozinho em casa

☐

Vive sozinho mas durante o dia está no Centro de dia

☐

Vive com a esposa/marido/acompanhante

☐

Vive com os filhos

☐

Vive com outros familiares

☐

Outros. Quem?

#### CLASSIFICAÇÃO SOCIAL e INTERNACIONAL DE GRAFFAR

1.Nível de Instrução

1°. Grau - Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo)

☐

2°. Grau - Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo)

☐

3°. Grau - Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo)

☐

4°. Grau - Ensino primário completo (6 anos de estudo)

☐

5°. Grau - Ensino primário incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos)	<input type="checkbox"/>
<b>2.Rendimento Familiar</b>	
1°. Grau - A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida	<input type="checkbox"/>
2°. Grau - Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc.	<input type="checkbox"/>
3°. Grau - Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo. Tipo funcionário	<input type="checkbox"/>
4°. Grau - Os rendimentos resultam de salários; ou seja remuneração por semana, jorna, horas a tarefa	<input type="checkbox"/>
5°. Grau - Beneficência pública ou privada e que sustenta o indivíduo ou a família. Não se incluíam neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.	<input type="checkbox"/>
<b>3.Conforto da Habitação</b>	
Grupo 1 – Casas ou andares luxuosos ou muito grandes oferecendo aos moradores o máximo conforto.	<input type="checkbox"/>
Grupo 2 – Categoria intermédia: casas ou andares que sem serem tão luxuosas como as da categoria precedente são, não obstante, espaçosos e confortáveis	<input type="checkbox"/>
Grupo 3 – Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho	<input type="checkbox"/>
Grupo 4 – Categoria intermédia entre a 3 e a 5	<input type="checkbox"/>
Grupo 5 – Alojamentos impróprios para uma vida decente. Choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade	<input type="checkbox"/>
<b>4.Aspetos do Bairro onde Habita</b>	
Grupo 1° - Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados	<input type="checkbox"/>
Grupo 2° - Bairro residencial bom de zonas largas com casas confortáveis e bem conservadas	<input type="checkbox"/>
Grupo 3° - Ruas comerciais ou estreitas e antigas com casas de aspetos geral menos confortável.	<input type="checkbox"/>
Grupo 4° - Bairro operário, populoso; mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fabricas, estações de caminho de ferro etc.	<input type="checkbox"/>
Grupo 5 – Bairros de Lata	<input type="checkbox"/>
<b>5. Situação Profissional (selecione a opção atual)</b>	
Reformado (a)	<input type="checkbox"/>

Desempregado (a)	<input type="checkbox"/>
<b>1º grau</b> - Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.	<input type="checkbox"/>
<b>2º grau</b> - Chefes de seções administrativos ou de negócios de grandes empresas, Subdiretores de bancos, peritos e técnicos	<input type="checkbox"/>
<b>3º grau</b> - Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obras.	<input type="checkbox"/>
<b>4º grau</b> - Operários especializados com ensino primário completo (Motoristas, policias, cozinheiros, etc)	<input type="checkbox"/>
<b>5º grau</b> - Trabalhadores manuais ou operários não especializados (Jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc)	<input type="checkbox"/>

## CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

<b>1. Peso em Kg</b>	_____
<b>2. Altura em cm</b>	_____
<b>3. IMC</b>	_____
<b>4. Tensão Arterial em mmHg</b>	_____/____
<b>5. Frequência Cardíaca em bpm</b>	_____
<b>6. HgA1c</b>	_____
<b>7. Há quanto tempo tem diabetes?</b>	
1 ano	<input type="checkbox"/>
2 anos	<input type="checkbox"/>
3 anos	<input type="checkbox"/>
4 anos	<input type="checkbox"/>
5 anos	<input type="checkbox"/>
> 5 anos	<input type="checkbox"/>
10 anos	<input type="checkbox"/>
>10 anos	<input type="checkbox"/>
<b>8. Número de consultas de enfermagem realizadas no último ano</b>	_____
<b>9. Regime terapêutico medicamentoso</b>	
Só comprimidos	<input type="checkbox"/>

Só insulina	<input type="checkbox"/>
Insulina + comprimidos	<input type="checkbox"/>
Comprimidos + outros injetáveis	<input type="checkbox"/>
Quais? _____	<input type="checkbox"/>
Só outros injetáveis	<input type="checkbox"/>
Quais? _____	<input type="checkbox"/>

## OUTROS ASPETOS IMPORTANTES PARA A CARACTERIZAÇÃO

<b>1.Participou na definição do regime terapêutico</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>
<b>2.Internamentos por diabetes</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Se sim quantas vezes? _____
<b>3.Presença de feridas no pé</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
<b>4.Tem ajuda da família e/ou amigos</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
<b>5.Participa ou gostaria de participar em algum grupo educativo de ajuda na diabetes</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	

## PARTE 2

### ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES

Traduzida e adaptada para português por Bastos, Severo, & Lopes (2007)

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos 7 dias. Se esteve doente durante os últimos 7 dias, por favor lembre-se dos últimos 7 dias que não estava doente.

1. Alimentação Geral	Nº de dias
1.1 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> seguiu uma alimentação saudável?	0 1 2 3 4 5 6 7
1.2 Em média durante o último mês, <b>quantos dias por semana</b> seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7
1.3 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa) ?	0 1 2 3 4 5 6 7
2. Alimentação Específica	
2.1 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0 1 2 3 4 5 6 7 7 6 5 4 3 2 1 0
2.2 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou o jantar?	0 1 2 3 4 5 6 7 7 6 5 4 3 2 1 0
2.3 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> misturou no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batata, massa ou feijão?	0 1 2 3 4 5 6 7 7 6 5 4 3 2 1 0
2.4 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> consumiu mais do que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7 7 6 5 4 3 2 1 0
2.5 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7 7 6 5 4 3 2 1 0
2.6 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> consumiu alimentos doce como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0 1 2 3 4 5 6 7 7 6 5 4 3 2 1 0
3. Atividade Física	
3.1 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> , praticou atividade física durante pelo menos 30mn? (Minutos totais de atividade contínua, inclusivé andar)	0 1 2 3 4 5 6 7
3.2 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0 1 2 3 4 5 6 7
4. Cuidados com os pés	
4.1 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> examinou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.2 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> inspecionou o interior dos seus sapatos?	0 1 2 3 4 5 6 7

4.3 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> lavou os seus pés?	<b>0 1 2 3 4 5 6 7</b>						
4.4 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar?	<b>0 1 2 3 4 5 6 7</b>						
<b>5. Medicamentos</b>							
5.1 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? <b>Ou</b> se (insulina e comprimidos)?	<b>0 1 2 3 4 5 6 7</b>						
5.2 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> tomou conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	<b>0 1 2 3 4 5 6 7</b>						
5.3 Em quantos dos últimos <b>sete dias</b> tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	<b>0 1 2 3 4 5 6 7</b>						
<b>6. Monitorização de Glicémia</b>							
6.1 Quantas vezes por semana lhe recomendaram que avaliasse o açúcar no sangue?	<b>0 1 2 3 4 5 6 7</b>						
6.2 Quantas vezes avaliou o açúcar no sangue na última semana?	<b>0 1 2 3 4 5 6 7</b>						
<b>7. Hábitos Tabágicos</b>							
7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos sete dias?	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>				
7.2 Se sim quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia?	Nº de cigarros _____						
7.3 Quando fumou o seu último cigarro?							
Nunca fumou	<input type="checkbox"/>						
Há mais de dois anos atrás	<input type="checkbox"/>						
Um a dois anos atrás	<input type="checkbox"/>						
Quatro a doze meses atrás	<input type="checkbox"/>						
Um a três meses atrás	<input type="checkbox"/>						
No último mês	<input type="checkbox"/>						
Hoje	<input type="checkbox"/>						

Nota: As questões 2.1 a 2.6 devem ser recodificadas invertendo a pontuação: 0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0.

O nível de adesão, por dimensão, é obtido pela soma dos itens e dividido pelo nº destes; os resultados (médias) são expressos em dias por semana



### PARTE 3

#### MEDIDA DE ADESAO AOS TRATAMENTOS

Traduzida e adaptada para a população portuguesa por Delgado & Lima (2001)

Este questionário interroga sobre algumas atitudes da pessoa face aos tratamentos/medicamentos. Responda sinceramente a todas as perguntas. Todas as respostas são boas, desde que sinceras.

**1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?**

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

**2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?**

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

**3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?**

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

**4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?**

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

**5. Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?**

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

**6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?**

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

**7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?**

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

**Grata pela sua colaboração  
Luciana Isabel dos Santos Correia**

## **APÊNDICE II**

Quadro resumo das temáticas abordadas por dimensões do autocuidado

## Intervenção Enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico no utente com diabetes *mellitus* tipo 2

### Intervenção com base no Manual de Educação em Diabetes *Mellitus* tipo 2 (Dias n.d.)

<b>Alimentação Geral</b>	<p>Uma alimentação saudável deve ser:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ <b>Completa:</b> incluir todos os grupos de alimentos nas proporções adequadas:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Hidratos de carbono:</b> Fonte energética principal 50-55% das calorias totais, existem nos farináceos, leguminosas, frutas, leite e iogurtes;</li><li>➤ <b>Proteínas:</b> Devem contribuir com cerca de 15 a 20% das calorias totais, existem na carne, peixe, ovos, leguminosas e laticínios; preferir carnes brancas (menor teor de gordura saturada) e peixes gordos (maior teor de gorduras polinsaturadas);</li><li>➤ <b>Gorduras:</b> No máximo devem contribuir com cerca de 25 a 30% das calorias totais. Limitar as gorduras saturadas (de origem animal), exceto o peixe e as gorduras hidrogenadas (processadas industrialmente);</li><li>➤ <b>Vitaminas e sais minerais:</b> A ingestão em todas as refeições principais de legumes, hortaliças, frutas e leguminosas fornecem um aporte adequado destes nutrientes. Deve reduzir-se a quantidade de sal, esta não deve exceder 5 g/dia, o equivalente a uma colher de chá;</li><li>➤ <b>Fibras:</b> Ajudam a controlar a saciedade, a glicemia pós prandial, o colesterol e regulam o trânsito intestinal. Existem nos legumes, hortaliça, fruta, leguminosas, cereais e derivados especialmente os integrais;</li><li>➤ <b>Água:</b> É imprescindível à vida e as necessidades podem variar entre 1,5l a 3l por dia.</li></ul></li><li>❖ <b>Equilibrada:</b> fornecer os alimentos com equilíbrio;</li><li>❖ <b>Variada:</b> diversificar os alimentos.</li></ul>
<b>Alimentação Específica</b>	<p>Plano alimentar individual que considere os hábitos alimentares, as necessidades nutricionais, estado fisiológico, a atividade física/padrão de exercício físico, o regime terapêutico e a condição socioeconómica da pessoa com diabetes.</p>

## Intervenção Enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico no utente com diabetes *mellitus* tipo 2

### Intervenção com base no Manual de Educação em Diabetes *Mellitus* tipo 2 (Dias n.d.)

	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Exemplos de refeições<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Pequeno-almoço (imagens do manual)</li><li>➤ Merendas/ceias (imagens do manual):<ul style="list-style-type: none"><li>▪ A associação de fruta (frutose) com ação rápida e pão ou bolachas (amido) com ação lenta é uma boa alternativa. Pode ainda considerar-se a associação dos produtos lácteos (lactose) sempre com pão ou bolacha (amido).</li></ul></li><li>➤ Almoço/jantar (imagens do manual):<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Iniciar com <b>sopa de legumes</b>: diminui o apetite para o 2º prato, tem baixo valor calórico, é muito rica em fibras alimentares e água, fornece vitaminas e minerais.</li><li>▪ Proporções do 2º prato: 50% do espaço vegetais, 20% carne/peixe/ovo, 30% Massa/Arroz Batata/ Leguminosa/pão</li></ul></li></ul></li><li>❖ Aspetos a ter em conta:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ O período entre as refeições não deve exceder as 3/4 horas, desta forma a sensação de fome não aumenta e a quantidade de alimentos pode melhor ser controlada;</li><li>➤ O jejum noturno não deve exceder as 8/9 horas, para evitar a produção hepática da glicose;</li><li>➤ Fruta tem um alto teor de hidratos de carbono, pelo que deve ser considerado o seu peso ou quantidade (utilizar tabela de equivalentes);</li><li>➤ O álcool é fonte de calorias “vazias”, ou seja, o organismo não as consegue utilizar, mas são armazenadas sob a forma de gorduras.<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ingestão máxima admissível/dia: homens - 2 copos pequenos (140 ml) - 2 garrafas de cerveja de 0,33cl, mulheres - 1 copo pequeno (140 ml) - 1 garrafa de cerveja de 0,33cl</li></ul></li></ul></li></ul>
--	--

## Intervenção Enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico no utente com diabetes *mellitus* tipo 2

### Intervenção com base no Manual de Educação em Diabetes *Mellitus* tipo 2 (Dias n.d.)

	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Não duplicar proporções, importante tabela de equivalências e listas de substituição para ajudar a variar os alimentos sem alterar a quantidade total de nutrientes e o valor calórico da refeição.</li></ul>
<b>Atividade Física</b>	<p>Reduz a resistência à insulina, ajuda a controlar o peso e melhora o metabolismo da glicose (baixa o açúcar no sangue)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Complementar à atividade física diária, para além da atividade física que faz em casa ou como parte da atividade laboral;</li><li>❖ Movimento do corpo humano que é produzido pela contração dos músculos esqueléticos e que aumenta o dispêndio energético;</li><li>❖ Atividade física programada, estruturada e repetitiva, com o objetivo de melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física.</li><li>❖ Considerar preferências, condição e objetivos da pessoa;</li><li>❖ Pelo menos 30 minutos de exercício geral, aeróbio de intensidade moderada (marcha rápida), realizado 5 a 7 dias por semana. Pode realizar exercício por blocos de pelo menos 10 minutos cada.</li></ul>
<b>Cuidados com os pés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Exame diário dos pés deve converter-se num hábito na deteção precoce de qualquer pequeno arranhão ou lesão e atuar rapidamente, para que não se complique.</li><li>❖ Lavar os pés diariamente com água morna e sabão. Secar cuidadosamente, sobretudo entre os dedos.</li><li>❖ Utilizar creme hidratante nos pés sobretudo nas zonas mais ásperas (calcanhares)</li><li>❖ Limar as unhas com lima de cartão e não utilize tesoura.</li><li>❖ Usar meias de lã ou de algodão que transpirem bem e que não apertem, de preferência sem costuras.</li><li>❖ Usar sapatos apropriados e sempre com meias. Trocar as palmilhas: umas para os dias pares e outras para os dias ímpares.</li><li>❖ Evitar andar descalço tanto dentro como fora de casa, mesmo na praia (sapatos alternativos).</li></ul>

## Intervenção Enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico no utente com diabetes *mellitus* tipo 2

### Intervenção com base no Manual de Educação em Diabetes *Mellitus* tipo 2 (Dias n.d.)

	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Evitar fontes de calor não usar aquecedor ou saco de água quente direto.</li><li>❖ Não usar produtos químicos nas calosidades.</li><li>❖ Necessidade de consultar o médico perante a mais pequena lesão.</li><li>❖ Envolver família/pessoa significativa para ajudar na vigilância dos pés.</li></ul>
<b>Medicamentos</b>	<p>Para controlar o nível de glicose no sangue pode ser necessário a toma de vários comprimidos várias vezes ao dia, poderá ser necessária ainda a utilização de insulina de forma temporária ou definitiva</p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Farmacocinética e farmacodinâmica dos ADO e/ou insulina prescritos ao utente</li><li>❖ Efeitos secundários</li><li>❖ Reforço esquema posológico</li><li>❖ Identificação de dificuldades na adesão ao regime medicamentoso e possíveis estratégias para as ultrapassar (caixas de medicação semanais, envolvimento de familiar, apoio domiciliário...)</li><li>❖ Necessária identificação da medicação que promove a hipoglicemia e forma de a prevenir.</li><li>❖ Incentivo ao envolvimento da família/pessoa significativa na adesão ao regime medicamentoso.</li><li>❖ Cuidados na conservação e administração da medicação por via oral e subcutânea.</li></ul>
<b>Monitorização de Glicémia</b>	<p>A glicemia pode variar consoante a hora do dia, a alimentação, o exercício e a dose de insulina ou de anti-diabéticos orais.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Glicemia: quantidade de glicose dissolvida no sangue; medida em miligramas/decilitro.</li><li>❖ Hemoglobina glicada: é a percentagem da hemoglobina dos glóbulos vermelhos que tem glicose ligada a si. Uma vez que os glóbulos vermelhos têm em média 120 dias de vida, este teste vai refletir o valor médio de glicémia durante os últimos 2-3 meses (conseguida através de análises laboratoriais)</li></ul> <p>Nos casos em que se aplica identificar dificuldades no manuseamento de medidor, tiras reativas, caneta de punção capilar.</p>

## Intervenção Enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico no utente com diabetes *mellitus* tipo 2

### Intervenção com base no Manual de Educação em Diabetes *Mellitus* tipo 2 (Dias n.d.)

	<p>Deve procurar-se evitar atingir valores de hiperglicemias e de hipoglicemias.</p> <p>É importante tentar aproximar-se o máximo possível dos níveis ideais de glicemia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Antes das refeições: 70 -110 mg/dl</li><li>➤ 2 Horas depois das refeições: menos de 140 mg/dl</li><li>➤ Noite: 100 - 140 mg/dl (valores a adaptar em cada situação)</li></ul> <p>❖ Na autovigilância inclui-se a tensão arterial, peso e perfil lipídico.</p>
<b>Hábitos Tabágicos</b>	<p>O fumar provoca depósitos de nicotina nas paredes dos vasos, diminuindo o seu calibre e endurecendo as suas paredes, provocando ou agravando doenças cardiovasculares e problemas circulatórios nos membros inferiores. Pode ser difícil deixar de fumar por si só.</p> <p>A pessoa deve ser incluída num programa específico para a cessação tabágica.</p> <p><b>Intervenção Breve</b></p> <p><b>5 passos – 5 Ás</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Abordar - Hábitos</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Garantido pelo questionário</li></ul></li><li>• <b>Aconselhar – a parar</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ De modo claro – “É importante deixar de fumar e eu posso ajudá-lo”</li><li>○ Firme – “Deixar de fumar é a decisão mais importante que pode tomar pela sua saúde”</li><li>○ Personalizado – informar riscos se continuar a fumar e benefícios pessoais se parar</li></ul></li><li>• <b>Avaliar – a motivação</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Interesse em parar no mês seguinte ou nos próximos seis meses seguintes?<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reforço da motivação:<ul style="list-style-type: none"><li>• Relevância dos benefícios – listar benefícios para si e terceiros</li><li>• Riscos em continuar – listar riscos para si e terceiros</li></ul></li></ul></li></ul></li></ul>

## Intervenção Enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico no utente com diabetes *mellitus* tipo 2

### Intervenção com base no Manual de Educação em Diabetes *Mellitus* tipo 2 (Dias n.d.)

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recompensas – potenciais benefícios</li><li>• Resistências – barreiras/obstáculos</li><li>• Repetição – repetir sempre que não haja motivação</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ajudar – na tentativa</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Se preparados para deixar de fumar, marcar data para deixar de fumar dia D = 0 cigarros</li><li>○ Fornecer informação prática com algumas estratégias para ultrapassar problemas</li><li>○ Terapêutica farmacológica????</li></ul></li><li>• <b>Acompanhar</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Programar seguimento do dia D</li><li>○ Envolvimento da família/grupo/comunidade, pessoa significativa</li></ul></li></ul>
--	---





### **APÊNDICE III**

Declaração de Consentimento Informado

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

**Exmo. Sr.(a) Utente.**

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema: **“Intervenção do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico do utente com diabetes *mellitus* tipo 2”**, sob a orientação científica do Doutor João Simões, Professor Adjunto da Universidade de Aveiro e co-orientação da Doutora Conceição Rainho, Professora Coordenadora da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. O estudo tem como objetivos gerais identificar nível de adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso (dimensões do autocuidado) dos participantes em estudo, avaliar a influência da intervenção do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico dos participantes com diabetes *mellitus* tipo 2 e colaborar na implementação de estratégias de melhoria da prática dos enfermeiros na UCSP Águeda V, no âmbito da adesão ao regime terapêutico. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

*- Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, explicados pelo investigador;*

*- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*

*- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*

*- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Desde já agradeço a sua disponibilidade, estando disponível para esclarecer qualquer dúvida:

**Luciana Isabel dos Santos Correia (luciana.i.s.correia@ua.pt)**

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo:

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_ (localidade), \_\_/\_\_/\_\_

Estes anexos só estão disponíveis para consulta através do CD-ROM.  
Queira por favor dirigir-se ao balcão de atendimento da Biblioteca.

Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia  
Universidade de Aveiro